



L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Thèse

Corinne Beguerie-Goddaert

Doctorat en relations industrielles

Philosophiæ doctor (Ph. D.)

Québec, Canada

© Corinne Beguerie-Goddaert, 2023

**L'évaluation des compétences professionnelles des
médecins et infirmières immigrants au Québec :
une analyse de la structure de coordination entre
les acteurs institutionnels.**

Thèse

Corinne Béguerie-Goddaert

Sous la direction de :

Kamel Beji, directeur de recherche
Frédéric Hanin, codirecteur de recherche

Résumé

La mobilité internationale des personnes exerçant dans le domaine de la santé, comme les médecins et les infirmières, est un phénomène très marqué depuis le début du XXI^e siècle. Le Canada fait partie des pays qui accueillent ces professionnels afin de répondre à des besoins de main-d'œuvre de plus en plus importants. Afin d'y exercer leur profession, ces professionnels formés à l'étranger doivent obtenir un permis d'exercice délivré par un organisme de réglementation professionnelle.

Cette thèse de doctorat en relations industrielles porte sur l'analyse de la structure de coordination entre les acteurs de la reconnaissance des compétences au Québec, à travers le cas des infirmières diplômées hors Québec (IDHQ) et des médecins diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) que l'on appelle aussi diplômés internationaux en médecine (DIM). En effet, au Québec, ces deux professions sont réglementées et toute personne immigrante désirant exercer une de ces deux professions doit passer à travers un processus de reconnaissance de ses compétences pour obtenir un permis d'exercice de l'ordre professionnel concerné, quel que soit son statut migratoire.

La littérature a mis de l'avant les difficultés rencontrées par ces professionnels pour faire reconnaître leurs compétences et exercer leur profession au Québec, ainsi que le manque de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences au Québec. Nous avons donc voulu en savoir plus sur la structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des médecins et infirmières immigrants au Québec et connaître le processus par lequel doivent passer ces professionnels formés à l'étranger pour exercer légitimement leur profession.

Sur le plan théorique, nous avons mobilisé la théorie des conventions. Nous nous appuyons plus spécifiquement sur les travaux de François Eymard-Duvernay dans le domaine du recrutement et de l'évaluation des compétences des travailleurs.

Sur le plan méthodologique, nous avons mené une démarche qualitative. L'analyse d'une documentation institutionnelle importante et de 68 entrevues semi-dirigées avec 13 IDHQ, 22 DHCEU et 33 acteurs de la reconnaissance des compétences de ces professionnels formés à l'étranger nous ont permis de répondre à nos objectifs de recherche.

D'abord, les résultats rendent compte de la complexité de la coordination des acteurs institutionnels. Nous avons pu identifier les acteurs, les étapes, les règles, la nature des tensions et les blocages de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ au Québec. Ensuite, la recherche met en lumière les impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ et leur intégration dans leur profession respective. Enfin, les résultats permettent de comprendre le rôle du MSSS dans le processus de reconnaissance des compétences et l'intégration

des DHCEU et des IDHQ dans leur profession car il est à la fois régulateur, recruteur et principal employeur des médecins et des infirmières au Québec.

Nous montrons dans cette recherche, à travers l'analyse des dimensions du jugement de la qualité des compétences des DHCEU et des IDHQ et des paramètres qui caractérisent les conventions de qualité, comment les épreuves, qui s'enchainent les unes après les autres et que les DHCEU et les IDHQ doivent réussir successivement, mènent certains d'entre eux à l'exclusion du parcours de reconnaissance des compétences et de l'exercice de la profession de médecin ou d'infirmière au Québec.

Mots clés : infirmières formées hors Québec, médecins diplômés hors Canada et États-Unis, diplômés internationaux en médecine, théorie des conventions, compétences, professions, légitimité, immigration, reconnaissance des compétences, intégration professionnelle, Québec.

Abstract

The international mobility of health care workers, such as doctors and nurses, has been a significant phenomenon since the beginning of the 21st century. Canada is one of the countries that welcome these professionals to meet growing labour needs. To practice their profession in Canada, these foreign-trained professionals must obtain a licence to practice issued by a professional regulatory body.

This doctoral thesis in industrial relations focuses on the analysis of the coordination structure between the actors in the recognition of competencies in Quebec, through the case of international educated nurses (IENs) and international medical graduates (IMGs). In Quebec, these two professions are regulated and any immigrant wishing to practise one of these two professions must go through a process of recognition of his or her skills to obtain a permit to practise from the professional order concerned, regardless of his or her migratory status.

Previous studies have highlighted the difficulties encountered by these professionals in having their skills recognised and practising their profession in Quebec, as well as the lack of coordination among the actors in skills recognition in Quebec. We therefore wanted to learn more about the coordination structure of the actors involved in recognizing the skills of immigrant doctors and nurses in Quebec and to understand the process that these foreign-trained professionals must go through to legitimately practice their profession.

On the theoretical level, we have mobilised the theory of conventions, and more specifically, we relied on the work of François Eymard-Duvernay in the field of recruitment and evaluation of workers' skills.

We used a qualitative research based on 68 semi-structured interviews, realised with 13 IENs, 22 IMGs and 33 actors involved in the recognition of the skills of these foreign-trained professionals.

First, the results show the complexity of the coordination of institutional actors. We were able to identify the actors, the stages, the rules, the nature of the tensions and the blockages in the recognition of the competencies of IMGs and IENs in Quebec. The research then highlights the impacts of public policies on the recognition of IMGs' and IEN's competencies and their integration into their respective professions. Finally, the results allow us to understand the role of the Ministry of Health and Social Services in the process of recognizing the competencies and integrating IMGs and IENs into their profession, since it is the regulator, recruiter and main employer of physicians and nurses in Quebec.

We show in this research, through the analysis of the dimensions of the judgment of the quality of IMGs' and IENs' competencies and the parameters that characterize the quality conventions, how the tests, which follow one another and which IMGs and IENs must pass successively, lead some of them to be excluded from the competency recognition process and from practicing the profession of physician or nurse in Quebec.

Keywords: Internationally educated nurses, international medical graduates, convention theory, foreign credential recognition, legitimacy, regulated occupation, immigration, professional integration, competency, skills, Quebec

Table des matières

Résumé	ii
Abstract.....	iv
Table des matières.....	vi
Liste des figures, tableaux, illustrations	xiii
Liste des abréviations, sigles, acronymes	xviii
Remerciements	xxi
Introduction	1
Chapitre 1 - État des connaissances.....	7
1. Immigration et intégration des immigrants au Québec.....	8
1.1. <i>Les politiques d'immigration.....</i>	<i>9</i>
1.1.1. Les politiques d'immigration au Canada et au Québec.....	9
1.1.2. La politique d'immigration du Québec depuis l'Accord Canada-Québec.....	11
1.2. <i>La sélection des immigrants au Québec</i>	<i>14</i>
1.2.1. Les différents statuts et catégories d'immigration	14
1.2.2. La grille de sélection du Québec et les critères d'admissibilité	15
1.3. <i>Le portrait de l'immigration au Québec.....</i>	<i>17</i>
1.4. <i>L'intégration professionnelle des immigrants au Québec</i>	<i>20</i>
1.4.1. Définition de l'intégration professionnelle des immigrants	23
1.4.2. Les défis et les barrières à l'intégration professionnelle des immigrants	24
2. Les professions réglementées au Québec.....	27
2.1. <i>La réglementation des professions au Québec</i>	<i>29</i>
2.1.1. Le système professionnel québécois.....	29
2.1.2. Le système professionnel québécois en contexte d'immigration	33
2.1.2.1. Les ententes et accords de reconnaissance mutuelle	33
2.1.2.2. Le commissaire à l'admission aux professions (le Commissaire).....	35
2.1.2.3. Le pôle de coordination pour l'accès à la formation (le Pôle)	36
3. Exercer comme médecin ou infirmière au Québec quand on est immigrant diplômé à l'étranger.....	37
3.1. <i>La migration internationale des médecins et infirmières vers le Canada</i>	<i>38</i>
3.2. <i>La sélection des médecins et des infirmières immigrants au Québec.....</i>	<i>39</i>
3.3. <i>La reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences.....</i>	<i>40</i>
3.3.1. Les acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants	40
3.3.2. Les mesures mises en œuvre pour une meilleure reconnaissance des compétences des PFE	43
3.4. <i>Les barrières de l'accès aux professions réglementées du Québec pour les professionnels de la santé formés à l'étranger</i>	<i>45</i>
3.4.1. Le parcours du combattant des médecins formés à l'étranger.....	47
3.4.2. Les défis rencontrés par les infirmières formées à l'étranger	48
4. Question et objectifs de recherche	51

Chapitre 2 – Cadre théorique et conceptuel	56
1. Un panorama de différentes théories mobilisées sur l'intégration des personnes immigrantes	57
1.1. <i>La théorie du capital humain</i>	57
1.2. <i>La théorie du signal.....</i>	58
1.3. <i>La gestion des ressources humaines en contexte de diversité culturelle</i>	60
2. Les concepts centraux de notre cadre d'analyse	63
2.1. <i>Les professions.....</i>	63
2.2. <i>Les compétences.....</i>	65
2.3. <i>La légitimité</i>	73
3. La théorie des conventions	75
3.1. <i>Une approche hétérodoxe récente</i>	75
3.2. <i>Les fondements de la théorie.....</i>	76
3.3. <i>L'utilisation de la théorie des conventions pour notre analyse.....</i>	78
3.4. <i>Les épreuves.....</i>	84
4. Le cadre d'analyse.....	86
4.1. <i>Les concepts de l'analyse</i>	87
4.2. <i>Les processus analysés.....</i>	87
4.2.1. <i>Le processus d'immigration</i>	88
4.2.2. <i>Le processus de reconnaissance des compétences</i>	89
4.2.3. <i>Le processus d'intégration dans la profession</i>	90
4.3. <i>Notre cadre d'analyse.....</i>	90
Chapitre 3 - Cadre méthodologique	93
1. Stratégie de recherche : l'approche qualitative.....	93
2. Stratégie de collecte de données	95
2.1. <i>L'analyse documentaire.....</i>	96
2.2. <i>Les entrevues semi-dirigées</i>	101
2.2.1. <i>La représentation institutionnelle du parcours de la reconnaissance des compétences des PFE</i>	102
2.2.2. <i>Le recrutement des participants</i>	107
2.2.2.1. <i>Les DHCEU et les IDHQ</i>	107
2.2.2.1.1. <i>Les difficultés rencontrées</i>	108
2.2.2.1.2. <i>Les facteurs facilitants.....</i>	109
2.2.2.2. <i>Les acteurs institutionnels.....</i>	109
2.2.2.2.1. <i>Les difficultés rencontrées</i>	110
2.2.2.2.2. <i>Les facteurs facilitants.....</i>	110
2.2.3. <i>L'échantillon.....</i>	110
2.2.3.1. <i>Les DHCEU et les IDHQ</i>	112
2.2.3.2. <i>Les acteurs institutionnels du processus de sélection et de reconnaissance des compétences professionnelles</i>	117
2.3. <i>L'observation directe</i>	119
3. Traitement des données et interprétation	121

4. Critères de scientificité.....	122
5. Pertinence sociale	122
6. Pertinence scientifique	123
Chapitre 4 - Résultats DHCEU	125
1. La profession de médecin au Québec	125
1.1. <i>Historique</i>	126
1.2. <i>Études médicales et permis d'exercice au Québec</i>	130
1.3. <i>Portrait de la profession de médecin au Québec</i>	135
1.4. <i>La profession de médecins au Québec : besoins et planification de la main-d'œuvre.....</i>	135
2. Les médecins diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) : parcours institutionnels de reconnaissance des compétences professionnelles	142
2.1. <i>Portrait des médecins immigrants au Québec.....</i>	142
2.2. <i>DHCEU : les différents parcours institutionnels de la reconnaissance des diplômes et des compétences pour l'obtention d'un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec</i>	149
3. Les étapes du processus de reconnaissance des compétences.....	154
3.1. <i>Durant le processus d'immigration.....</i>	155
3.1.1. <i>La grille de sélection du Québec et la liste des domaines de formation</i>	156
3.1.1.1. <i>Historique et objectifs des outils de sélection.....</i>	156
3.1.1.2. <i>Les grilles de sélection et les listes des domaines de formation</i>	157
3.1.1.3. <i>Analyse des grilles et listes des domaines de formation et résultats</i>	160
3.1.2. <i>La déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis</i>	167
3.1.3. <i>Légitimité et représentation de la sélection</i>	173
3.1.3.1. <i>Attentes professionnelles des immigrants</i>	173
3.1.3.2. <i>Représentation de la sélection par les acteurs et les DHCEU</i>	174
3.1.4. <i>Limites des outils de sélection et de la coordination des acteurs.....</i>	176
3.2. <i>Durant le processus de reconnaissance des compétences.....</i>	178
3.2.1. <i>Reconnaitre les compétences</i>	179
3.2.1.1. <i>Référentiel de compétences : CanMEDS</i>	180
3.2.1.2. <i>Examens CMC.....</i>	184
3.2.1.2.1. <i>EECMC.....</i>	184
3.2.1.2.2. <i>EACMC partie I</i>	187
3.2.1.2.3. <i>EACMC partie II</i>	188
3.2.1.2.4. <i>CNE.....</i>	189
3.2.1.3. <i>Les blocages.....</i>	191
3.2.1.3.1. <i>La longueur du processus.....</i>	192
3.2.1.3.2. <i>La difficulté des examens</i>	193
3.2.1.3.3. <i>Les coûts reliés à la mise à niveau.....</i>	194
3.2.1.3.4. <i>La disponibilité des outils et des ressources de mise à niveau</i>	196
3.2.1.4. <i>Les facilitateurs</i>	198
3.2.1.5. <i>« C'est beaucoup plus compliqué que j'ai imaginé avant » (Layla)</i>	199
3.2.2. <i>Une reconnaissance jamais complète</i>	201
3.2.2.1. <i>L'obligation de refaire une formation post-doctorale.....</i>	203
3.2.2.1.1. <i>CaRMS.....</i>	203
3.2.2.1.2. <i>CÉDIS.....</i>	207
3.2.2.1.3. <i>La résidence</i>	210
3.2.2.2. <i>Des stages à géométrie variable.....</i>	211
3.2.2.2.1. <i>Stage d'adaptation (3 mois)</i>	212
3.2.2.2.2. <i>Stage de mise à niveau CÉDIS (14 semaines)</i>	214

3.2.2.2.3.	Stage d'observation	216
3.2.2.2.4.	Stage d'acclimatation (4 à 6 semaines)	217
3.2.2.2.5.	Stage non-contributoire et hors-cursus (jusqu'à 3 mois)	217
3.2.2.3.	Les facilitateurs	218
3.2.2.3.1.	CÉDIS et CREMCV	218
3.2.2.3.2.	Journée d'information à l'intention des DHCEU	220
3.2.2.4.	Les blocages.....	222
3.2.2.4.1.	L'éloignement de la pratique comme critère d'exclusion	222
3.2.2.4.2.	Le test de français international comme critère d'exclusion	225
3.2.3.	Légitimité et reconnaissance institutionnelle	226
3.2.3.1.	Pourquoi certains médecins doivent recommencer leur résidence pour exercer une profession qu'ils exerçaient déjà dans leur pays d'origine ?	227
3.2.3.1.1.	Standards, normes et qualité nord-américains.....	227
3.2.3.1.2.	« La pratique médicale antérieure ne s'exporte pas »	229
3.2.3.1.3.	« C'est leur choix »	229
3.2.3.2.	Une « chasse gardée de l'Ordre » ?	230
3.2.3.3.	Représentation de la reconnaissance des compétences par les DHCEU	231
3.2.3.3.1.	Un sentiment d'injustice et de non-reconnaissance de leur valeur	232
3.2.3.3.2.	Ce que nos répondants DHCEU proposent	236
3.2.4.	Exigences et évaluations du français : « ça j'ai trouvé que c'était trop »	237
3.3.	<i>Durant l'intégration professionnelle</i>	242
3.3.1.	Des compétences remises en question ?	242
3.3.1.1.	La sélection	243
3.3.1.2.	Supervision – évaluation des compétences durant la résidence	247
3.3.2.	Intégration dans la profession de médecin	250
3.3.2.1.	L'obtention d'un permis est-elle garante d'un emploi pour les médecins ?	250
3.3.3.	Après la légitimité institutionnelle, la légitimité professionnelle.....	251
3.3.3.1.	L'intégration professionnelle des DHCEU.....	252
3.3.3.2.	Reconnaissance professionnelle par les pairs et par les patients.....	253
4.	Synthèse : la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU	258
Chapitre 5 – Résultats IDHQ		263
1.	La profession d'infirmière au Québec.....	263
1.1.	<i>Historique</i>	264
1.2.	<i>Études en sciences infirmières et permis d'exercice</i>	267
1.3.	<i>Portrait de la profession</i>	269
1.4.	<i>Profession infirmière au Québec : besoins et planification de la main-d'œuvre.....</i>	274
2.	Infirmières diplômées hors Québec (IDHQ) – Parcours de reconnaissance des compétences professionnelles	279
2.1.	<i>Portrait des infirmières immigrantes au Québec.....</i>	279
2.2.	<i>Parcours de reconnaissance des compétences des IDHQ au Québec</i>	285
3.	Les étapes de la reconnaissance des compétences des IDHQ	288
3.1.	<i>Durant le processus d'immigration.....</i>	290
3.1.1.	La grille de sélection du Québec et la liste des domaines de formation	290
3.1.1.1.	Historique et objectifs des outils de sélection.....	290
3.1.1.2.	Comment les grilles et les listes des domaines de formation sont élaborées et avec qui	290
3.1.1.3.	Analyse des grilles et des listes des domaines de formation et résultats.....	290
3.1.2.	Légitimité et représentation de la sélection	299
3.1.2.1.	Attentes professionnelles des IDHQ.....	299

3.1.2.2.	Représentation de la sélection par les acteurs et les IDHQ.....	300
3.1.3.	Limites des outils de sélection et de la coordination des acteurs.....	302
3.2.	<i>Durant le processus de reconnaissance des compétences.....</i>	304
3.2.1.	Les outils institutionnels d'évaluation et de reconnaissance des compétences.....	304
3.2.1.1.	La Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : le référentiel de compétences de l'OIIQ 304	
3.2.1.2.	L'évaluation comparative des études effectuées hors Québec du MIFI.....	306
3.2.1.3.	La prescription de l'OIIQ.....	308
3.2.1.4.	Les blocages.....	311
3.2.1.4.1.	La constitution du dossier de demande auprès de l'ordre.....	311
3.2.1.4.2.	Les coûts.....	312
3.2.1.5.	Les facilitateurs.....	312
3.2.2.	Une reconnaissance en fonction de la formation initiale.....	313
3.2.2.1.	La formation d'appoint – AEC Programme d'intégration à la profession infirmière.....	313
3.2.2.1.1.	Historique.....	313
3.2.2.1.2.	Financement.....	314
3.2.2.1.3.	Durée et contenu de la formation, compétences évaluées.....	314
3.2.2.1.4.	Cohortes et inscriptions.....	316
3.2.2.1.5.	Réussite de l'AEC.....	317
3.2.2.2.	Formations « maison » des cégeps en complément à l'AEC.....	318
3.2.2.3.	Les stages.....	319
3.2.2.3.1.	Le stage d'adaptation en milieu clinique de 75 jours.....	319
3.2.2.3.2.	Le stage en milieu clinique de 40 jours.....	321
3.2.2.4.	L'examen de l'OIIQ.....	323
3.2.2.5.	Le financement.....	328
3.2.2.6.	L'évaluation du français.....	331
3.2.2.6.1.	La francisation.....	332
3.2.2.6.2.	Test de français à l'entrée du cégep.....	332
3.2.2.6.3.	L'examen de français de l'OQLF.....	334
3.2.2.7.	Les blocages.....	334
3.2.2.7.1.	L'accès aux stages.....	334
3.2.2.7.2.	La barrière de la langue.....	336
3.2.2.7.2.1.	La connaissance du français.....	336
3.2.2.7.2.2.	La connaissance de l'anglais.....	338
3.2.2.7.3.	Les différences culturelles.....	338
3.2.2.8.	Les facilitateurs.....	339
3.2.3.	Légitimité et reconnaissance institutionnelle.....	341
3.2.3.1.	Les normes et standards québécois – Comprendre le rôle de l'infirmière au Québec.....	341
3.2.3.2.	La représentation de la reconnaissance des compétences.....	342
3.2.3.2.1.	Les acteurs : des points de vue divergents.....	342
3.2.3.2.2.	La sentence de l'examen pour les IDHQ.....	345
3.3.	<i>Durant l'intégration professionnelle.....</i>	349
3.3.1.	Des compétences reconnues mais incomplètes.....	349
3.3.1.1.	Préposée aux bénéficiaires (PAB), un passage obligé avant d'exercer sa profession ?.....	349
3.3.1.1.1.	Emplois de transition et régionalisation.....	351
3.3.1.2.	La sélection pour entrer au Cégep.....	352
3.3.1.3.	Supervision et évaluation des compétences durant les stages.....	354
3.3.1.3.1.	Supervision des stagiaires.....	354
3.3.1.3.2.	Supervision des Candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI).....	355
3.3.1.4.	Intégration en emploi des IDHQ à Montréal – Programme spécial CIUSSS NIM.....	356
3.3.2.	Une reconnaissance professionnelle à géométrie variable.....	358
3.3.2.1.	Infirmière technicienne (formation cégep) vs clinicienne (formation bac).....	358
3.3.2.2.	Recrutement international et ARM.....	361
3.3.3.	Après la légitimité institutionnelle, la légitimité professionnelle.....	365
3.3.3.1.	Intégration professionnelle des IDHQ et reconnaissance de l'expérience antérieure.....	365
3.3.3.2.	Reconnaissance professionnelle par les pairs et par les patients.....	369

4. Synthèse : la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ.....	376
Chapitre 6 – Analyse et discussion.....	381
1. La structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences de DHCEU et des IDHQ.....	382
1.1. <i>Durant le processus d’immigration.....</i>	382
1.1.1. Discussion	384
1.2. <i>Durant le processus de reconnaissance des compétences.....</i>	385
1.2.1. Les épreuves du processus de reconnaissance des compétences des DHCEU	385
1.2.2. Les épreuves du processus de reconnaissance des compétences des IDHQ	389
1.3. <i>Durant le processus d’intégration professionnelle</i>	393
1.3.1. Les épreuves du processus d’intégration professionnelle des DHCEU.....	393
1.3.2. Les épreuves du processus d’intégration professionnelle des IDHQ	395
2. Impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ.....	397
2.1. <i>Impact des points attribués aux grilles de sélection et aux domaines de formation</i>	397
2.1.1. Impacts des grilles de sélection sur les admissions des IDHQ.....	397
2.1.2. Impacts des grilles de sélection sur les admissions des DHCEU	402
2.1.3. Discussion	404
2.2. <i>Impact de l’Accord Québec-France et des Arrangements de reconnaissance mutuelle concernant les médecins et les infirmières français.....</i>	405
2.2.1. Impacts des ARM pour les IDHQ	406
2.2.2. Impacts des ARM pour les DHCEU	409
3. Le rôle du MSSS dans les trois processus	412
3.1. <i>Durant le processus d’immigration.....</i>	413
3.2. <i>Durant le processus de reconnaissance des compétences.....</i>	414
3.3. <i>Durant le processus d’intégration professionnelle</i>	416
3.3.1. Discussion	417
Conclusion	421
Bibliographie	426
Annexe 1 Guide d’entrevue IDHQ et DHCEU	441
Annexe 2 Guide d’entrevue acteurs.....	444
Annexe 3 Étapes du parcours-type vers l’obtention d’une aptitude légale à exercer	447
Annexe 4 Formulaire de consentement IDHQ et DHCEU	448
Annexe 5 Formulaire de consentement acteurs.....	451
Annexe 6 Feuillet d’information pour un consentement verbal	455
Annexe 7 Formulaire de consentement IDHQ et DHCEU – Entrevue 2	457
Annexe 8 Guide d’entrevue IDHQ et DHCEU – Entrevue 2	458

Annexe 9 Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis (2004)..... 460

Annexe 10 Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis (2012). 461

Liste des figures, tableaux, illustrations

Liste des figures

Figure 1: Nombre d'immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec par rapport au nombre total d'admissions au Québec 2006 à 2019	18
Figure 2: Nombre d'admission par profession projetée dans le secteur de la santé	20
Figure 3: Caractéristiques de la population active au Québec selon le statut d'immigrant, données annuelles, taux de chômage, 15 ans et plus	22
Figure 4: « La compétence = un savoir-agir » (Le Boterf, 1994)	67
Figure 5: Modèle holistique de la compétence Le Deist et Winterton (2005)	70
Figure 6: Modèle d'organisation des compétences professionnelles	71
Figure 7: Les régimes d'action des recruteurs (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997)	83
Figure 8: Cadre conceptuel de la recherche	87
Figure 9: Cheminement des études pour devenir médecin au Québec	131
Figure 10: Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec entre 2008 et 2018	143
Figure 11 : Proportion de DHCEU exerçant au Québec entre 2008 et 2018	146
Figure 12: Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, selon le programme PTET ou PMI, médecins généralistes et spécialistes, au Québec, permis émis de 2008 à 2018.....	147
Figure 13: Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, selon le programme PTET ou PMI, médecins généralistes, selon les principaux pays de naissance, au Québec, permis émis de 2008 à 2018	148
Figure 14: Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, selon le programme PTET ou PMI, médecins spécialistes, selon les principaux pays de naissance, au Québec, permis émis de 2008 à 2018.....	149
Figure 15: Parcours institutionnels pour l'obtention d'un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec.	150
Figure 16: Structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU	259
Figure 17: Cheminement des études pour devenir infirmière au Québec	268
Figure 18: Nombre de nouvelles diplômées des programmes d'admission à la profession d'infirmière au Québec, 2005 à 2018.....	270
Figure 19: Répartition des infirmières selon le sexe, 2009-2018	273
Figure 20: Situation d'emploi des infirmières au Québec, 2009 à 2018.....	273
Figure 21: Nombre de travailleurs qualifiés admis au Québec entre 2008 et 2018, profession infirmière. ..	280
Figure 22: Caractéristiques des travailleurs qualifiés admis, profession infirmière, au Québec, 2008 à 2018, par sexe	281
Figure 23: IDHQ Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, du programme PTET ou PMI, selon le CNP à 4 chiffres, selon les principaux pays de naissance, au Québec, permis émis de 2008 à 2018	284
Figure 24: Parcours institutionnel pour l'obtention d'un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.....	287
Figure 25: La mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière	306
Figure 26: Structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ	377
Figure 27: Impacts des grilles de sélection sur les IDHQ admises au Québec entre 2006 et 2018	398
Figure 28: Impacts des grilles de sélection sur les DHCEU admis au Québec entre 2002 et 2018.....	402

Figure 29: IDHQ et ARM	407
Figure 30: DHCEU généralistes et ARM	410
Figure 31: DHCEU spécialistes et ARM	411

Liste des tableaux

Tableau 1: Les différents statuts d'immigration.....	14
Tableau 2: Taux d'appariement des immigrants ayant étudié à l'étranger et qui exerçaient la profession correspondante, selon le type d'immigrant et la province	26
Tableau 3: Nombre et proportion de professions et métiers réglementés, par province	28
Tableau 4: Le système professionnel québécois	32
Tableau 5: Ententes et accords signés pour faciliter la mobilité de la main-d'œuvre au Québec	34
Tableau 6: Profession projetée (CNP) des immigrants actifs de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec de 1995 à 2018	39
Tableau 7: Les principaux acteurs de la reconnaissance des diplômes et de l'évaluation des compétences des DCHEU et des IDHC.....	41
Tableau 8: Pourcentage des immigrants actifs de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec de 1995 à 2013 par profession projetée dans le domaine de la santé (CNP3)	52
Tableau 9: Typologie des jugements de reconnaissance de la compétence de Le Boterf (1994)	68
Tableau 10: Typologie de la compétence Le Deist et Winterton (2005)	70
Tableau 11: Cadre d'analyse.....	90
Tableau 12: Types de participant par année d'arrivée.....	112
Tableau 13: Types de participants par pays de naissance.....	113
Tableau 14: Types de participants par pays de diplomation.....	113
Tableau 15: Types de participant par ville d'installation à l'arrivée.....	113
Tableau 16: Types de participant par ville de résidence	114
Tableau 17: Types de participants par genre	114
Tableau 18: Types de participants selon l'âge à l'arrivée.....	115
Tableau 19: Types de participants selon emploi actuel	115
Tableau 20: Types de participant par statut migratoire.....	116
Tableau 21: Recours à un avocat/consultant en immigration par type de participant.....	116
Tableau 22: Le participant était requérant principal.....	116
Tableau 23: Participants venus avec un ARM.....	116
Tableau 24: Liste des acteurs institutionnels rencontrés.....	117
Tableau 25: Professions des acteurs rencontrés	118
Tableau 26: Résultats de jumelage, au Québec, par faculté d'obtention du diplôme, 1er et 2e tour 2020 ..	133
Tableau 27: Nombre de médecins au Québec, par origine de formation et par spécialité (2018).....	135
Tableau 28: Travailleurs qualifiés admis, profession médecins généralistes et spécialistes, au Québec, 2008 à 2018, par pays de naissance.....	144
Tableau 29: Caractéristiques des travailleurs qualifiés admis, profession médecins généralistes et spécialistes, au Québec, 2008 à 2018, par âge à l'admission	144
Tableau 30: Pourcentage de médecins diplômés hors Québec, par spécialité, par région sanitaire (2018) .	145
Tableau 31: Proportion de médecins selon la catégorie de médecin et le lieu du doctorat en médecine, par province ou territoire, Canada, 2020	146
Tableau 32: Résultats de jumelage, au Québec, pour les étudiants formés à l'étranger, 1er et 2e tour 2020	152
Tableau 33: Étapes et outils de la reconnaissance des compétences des DHCEU	154
Tableau 34 : Caractéristiques des DHCEU rencontrés admis selon critères grilles de sélection	162

Tableau 35: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 1996-2006 pour un requérant avec conjoint	163
Tableau 36: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 2009-2018 pour un requérant avec conjoint	164
Tableau 37: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 1996-2006 pour un requérant seul	165
Tableau 38: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 2009-2018 pour un requérant seul	166
Tableau 39 : Tentatives EECMC	187
Tableau 40 : Tentatives EACMC1	188
Tableau 41 : Tentatives EACMC2	189
Tableau 42 : Tentatives CNE	190
Tableau 43 : Récapitulatif des montants payés pour chaque examen	195
Tableau 44 : Tentatives CaRMS	203
Tableau 45 : Tentatives stage CÉDIS	209
Tableau 46 : Choix de la spécialité en résidence	211
Tableau 47 : Processus de francisation des DHCEU rencontrés	238
Tableau 48 : Parcours d'intégration dans les différents emplois occupés par les DHCEU	252
Tableau 49 : DHCEU - Durée du processus de reconnaissance des compétences	253
Tableau 50: Effectif des infirmières selon le plus haut niveau d'études atteint en soins infirmiers, par province et territoire, Canada, 2009 à 2018	270
Tableau 51: Nombre d'IDHQ recrutées par RSQ depuis 2008, par pays de recrutement	275
Tableau 52: Régions de destination des IDHQ recrutées par RSQ	276
Tableau 53: Caractéristiques des travailleurs qualifiés admis, profession infirmière, au Québec, 2008 à 2018, par région de destination	281
Tableau 54: Distribution des travailleurs qualifiés admis, profession infirmière, au Québec, 2008 à 2018, par pays de naissance	282
Tableau 55: Proportion d'infirmières selon le lieu d'obtention du diplôme, Canada 2019	283
Tableau 56: Proportion d'infirmières diplômées hors Québec au Québec de 2009 à 2018	283
Tableau 57: Les étapes et outils de la reconnaissance des compétences des IDHQ	289
Tableau 58: Caractéristiques des IDHQ rencontrées selon critères grilles de sélection	293
Tableau 59: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 1996 à 2006 pour un requérant avec conjoint	294
Tableau 60: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 2009 à 2018 pour un requérant avec conjoint	295
Tableau 61: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 1996 à 2006 pour un requérant seul	296
Tableau 62: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 2009 à 2018 pour un requérant seul	297
Tableau 63: Prescription reçue par les IDHQ rencontrées	310
Tableau 64: Parcours AEC des IDHQ rencontrées	315
Tableau 65: IDHQ rencontrées arrivées avec ARM	320
Tableau 66: IDHQ ayant une prescription pour un stage de 40 jours	322
Tableau 67: Tentatives à l'examen de l'OIIQ des IDHQ rencontrées	325
Tableau 68: Formations complémentaires pour la préparation à l'examen de l'OIIQ	328

Tableau 69: Stratégies de financement pendant AEC	329
Tableau 70: Dépenses pour la reconnaissance des compétences	331
Tableau 71: Emplois exercés par les IDHQ avant et pendant la reconnaissance des compétences professionnelles	350
Tableau 72: Profil des IDHQ rencontrées et prescription de l'OIIQ.....	360
Tableau 73: Tableau présentant le nombre d'IDHQ recrutées par RSQ, par pays de recrutement	362
Tableau 74: Tableau présentant les régions de destination des IDHQ recrutées par RSQ	364

Liste des abréviations, sigles, acronymes

ACEM	Maintenant Microcrédit Montréal
AEC	Attestation d'études collégiales
AECEPI	Attestation d'exercice de candidate à l'exercice de la profession d'infirmière
AECG	Accord économique et commercial global
ALDO	Aspects Légaux, Déontologiques et Organisationnels (formation)
ARM	Arrangement de reconnaissance mutuelle
BCI	Bureau de la coopération internationale
BDIM	Base de données longitudinales sur l'immigration
CAQ	Certificat d'Acceptation du Québec
CaRMS	Canadian resident matching service – Service canadien de jumelage des résidents
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CÉDIS	Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé
Cégep	Collège d'enseignement général et professionnel
CEPI	Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière
CERIS	Centre d'étude et de recherche en intervention sociale
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CICDI	Centre d'information canadien sur les diplômes internationaux
CIM-RCPI immigrantes	Comité interministériel sur la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes
CIQ	Conseil interprofessionnel du Québec
CISSS	Centre intégré en santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire en santé et services sociaux
CMC	Conseil médical du Canada
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNE	Collaboration nationale en matière d'évaluation
CNOMF	Conseil national de l'ordre des médecins de France
CNP	Classification nationale des professions
CR	Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou Collège Royal
CREMCV	Centre de recherche d'emploi de Montréal Centre-Ville
CSQ	Certificat de sélection du Québec
DAM	Diplômé américain en médecine
DEC	Diplôme d'études collégiales
DCM	Diplômés canadiens en médecine et diplômés américains en médecine
DHCEU	Diplômé hors Canada et États-Unis
DIM	Diplômé international en médecine
DQ	Diplômé du Québec
EACMC-1	Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie 1
EACMC-2	Examen d'aptitude du Conseil médical du Canada, partie 2
ECOS	Examen clinique objectif structuré
EECMC	Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada
EIMT	Étude d'impact sur le marché du travail
ENM	Enquête auprès des ménages de Statistique Canada
EQ	Emploi-Québec
FIQ	Fédération interprofessionnelle du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMRQ	Fédération des médecins résidents du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec

ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IDHQ	Infirmière diplômée hors Québec
IFE	Infirmière formée à l'étranger
IMED	International Medical Education Directory
IMT	Information sur le marché du travail
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
MCCI	Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration
MEES	Ministère de l'éducation, de l'Enseignement supérieur
MEESR	Ministère de l'éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
MEI	Ministère de l'Économie et de l'Innovation
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MIDI	Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MRIF	Ministère des Relations internationales et de la Francophonie
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONIF	Ordre national des infirmiers de France
OPQ	Office des professions du Québec
OQLF	Office québécois de la langue française
PAB	Préposée aux bénéficiaires
PEM	Plans d'effectifs médicaux par établissement
PEQ	Programme de l'expérience québécoise
PFE	Professionnel formé à l'étranger
PMI	Programme de mobilité internationale
PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
PRTQ	Programme régulier des travailleurs temporaires
PSDHCEU	Programme de transition de carrière pour les professionnels de la santé diplômés
hors Canada et États-Unis	
PTET	Programme des travailleurs étrangers temporaires
PVT	Permis vacances-travail
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RMR	Région métropolitaine de recensement
RSQ	Recrutement Santé Québec
TFI	Test de français international
UdM	Université de Montréal
UL	Université Laval
UMF	Unité de médecine familiale
USH	Université de Sherbrooke

*À Michel, Lucile et Thomas, votre soutien
inconditionnel et précieux m'a permis d'aller
jusqu'au bout de cette aventure.*

Remerciements

C'est avec beaucoup d'émotion que j'écris ces lignes. Ce retour aux études, après de longues années comme praticienne, combiné à une activité professionnelle à temps plein, a été ponctué de hauts et de bas. Cela m'a amenée à déployer toute la ténacité et la persévérance dont j'étais capable, ce qui, en plus d'être très bien entourée, m'a bien aidée à traverser les épreuves. J'ai souvent dit à mon entourage que pour moi, le processus doctoral ressemblait à un parcours migratoire et demandait beaucoup de préparation, un brin de courage, un zeste de folie et une part d'inconscience. Si l'aventure se termine aujourd'hui, car ne l'oublions pas, la première qualité d'une thèse c'est qu'elle soit finie, c'est grâce à l'appui et au soutien de plusieurs personnes que je tiens à remercier du fond du cœur. Et je peux dire que j'ai été choyée et bien entourée.

La direction de thèse est importante et j'ai eu la chance d'avoir à mes côtés deux personnes qui formaient une véritable équipe humaine et tellement complémentaire !

Mes remerciements vont d'abord à Kamel Béji, qui n'était pas encore mon directeur de thèse quand il m'a acceptée comme étudiante au doctorat en sa qualité de directeur de 3^e cycle. Après la réalisation d'une partie de ma scolarité préparatoire, j'étais prête à tout arrêter et à me consacrer à mon entreprise, mais Kamel, nouvellement nommé, m'a encouragée à m'inscrire au doctorat. Nos intérêts communs sur la gestion et l'intégration des personnes immigrantes dans les milieux de travail et la justice sociale ont donné lieu à de belles discussions et à des échanges passionnants. C'est donc naturellement que je me suis tournée vers lui pour me diriger quelques années plus tard. Kamel, tu m'as fait confiance et tu m'as encouragée. J'ai grandi comme chercheuse à tes côtés et tu m'as accordé toute ta confiance pour participer à plusieurs projets de recherche et commencer à enseigner. Merci Kamel !

Ensuite, j'aimerais remercier chaleureusement Frédéric Hanin pour son soutien, sa rigueur et sa générosité. Tu m'as inculqué une méthode de travail et tu m'as appris à me faire confiance. Mais surtout, merci de ta patience et d'avoir réussi à me faire apprécier la théorie. La marche était haute car malgré deux maitrises, je n'avais jamais eu de cours de théorie et j'avais bien de la difficulté à trouver mon chemin. Mais tu as toujours pris le temps de m'éclairer et je pense que j'ai réussi à voir la lumière au bout du tunnel. Merci Frédéric !

J'ai eu la chance de travailler, de collaborer et d'échanger avec plusieurs personnes au département de relations industrielles et à l'Université Laval. J'aimerais en profiter pour les remercier pour leur temps, leurs conseils et leurs commentaires, je ne nommerais pas tout le monde, mais deux

personnes ont fait une différence : Michel Racine qui a été le premier à croire en ma recherche et Aline Lechaume avec qui j'ai participé à plusieurs colloques, collaboré sur des projets et partagé des discussions sans fin et engagées sur les politiques publiques d'immigration. Merci également aux équipes de la CRIDE, de l'ÉDIQ et de l'Institut EDI2.

L'aventure doctorale a été pour moi l'occasion de faire de belles rencontres et de développer des amitiés. Merci Claudia, Salima, Sarah et Milène pour votre soutien et votre amitié, merci Kim et Marie-Ève d'avoir été mes compagnes d'écriture sur Teams. Merci Marie-Jeanne d'être mon amie, nous continuerons certainement à discuter de reconnaissance des compétences et d'intégration professionnelle de médecins immigrants pendant longtemps.

J'aimerais aussi remercier mon entourage, tous ceux et toutes celles qui m'ont accompagnée, écoutée, réconfortée, encouragée et soutenue, car faire un doctorat a pris beaucoup de place dans ma vie et dans la leur. Mon mari, Michel, et mes enfants Lucile et Thomas, qui ont toujours été là pour moi, qui m'ont soutenue et supportée durant toutes ses années, de façon inconditionnelle. C'est ce qui m'a permis d'aller au bout de l'aventure. Merci à vous !

Finalement, j'aimerais adresser un immense merci à toutes les personnes qui ont participé à cette recherche et qui ont généreusement partagé avec moi leurs histoires, leurs parcours et leur expérience. Sans vous, je n'aurais pas réussi à aller loin dans cette aventure, j'espère que ma modeste contribution servira l'avancement des connaissances et la réflexion sur la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants.

Introduction

Depuis plus d'un siècle, le Québec accueille des immigrants pour répondre à des besoins économiques, démographiques et linguistiques. Longtemps dépendante de la politique d'immigration du Canada, la province bénéficie depuis la signature de l'Accord Canada-Québec en 1991 d'une certaine autonomie en matière de sélection des personnes qui sont admises sur son territoire. En effet, le gouvernement québécois détermine le volume d'immigrants que la province veut accueillir chaque année et sélectionne les personnes de la catégorie économique. De plus, l'Accord cède à la province la responsabilité de l'accueil et de l'intégration de ces immigrants admis chaque année.

Ainsi, depuis 1994, le nombre de personnes immigrantes admises au Québec n'a cessé d'augmenter, passant de 28043 à 49488 en 2009, et en moyenne près de 52000 personnes chaque année jusqu'en 2018 (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016c; Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2020b; Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2014). Sélectionnés selon un système de points basés sur une grille de sélection, les travailleurs qualifiés pensent souvent pouvoir exercer leur métier ou leur profession en arrivant au Québec. Or, ce n'est pas toujours le cas. Les études antérieures ont démontré que les personnes immigrantes rencontrent de nombreuses barrières à leur intégration professionnelle, comme la discrimination à l'embauche (Beauregard et al., 2019; Eid et al., 2012; Oreopoulos, 2011; Otmani, 2020), la barrière de la langue (Galarneau et Morissette, 2008) ou encore la non-reconnaissance de leurs qualifications (Boudebat et Boulet, 2010; Boudebat et Cousineau, 2010; Forcier et Handal, 2012; Galarneau et Morissette, 2008; Zietsma, 2010), notamment lorsqu'il s'agit d'une profession réglementée (Abdul-Karim, 2018; Dubois, 2019; Girard et Smith, 2013; Zietsma, 2010).

Néanmoins, les immigrants sont informés lors de leurs démarches d'immigration que certaines professions sont réglementées au Québec et qu'ils devront faire les démarches nécessaires à l'obtention d'un permis d'exercice. En effet, le Québec compte 46 ordres professionnels qui ont pour mandat la protection du public. Cinquante-cinq professions réglementées, dont 28 dans le domaine de la santé, sont régies par le Code des professions, des lois particulières et des règlements promulgués par le gouvernement. Le système professionnel québécois¹ distingue deux types de professions : les professions d'exercice exclusif et les professions à titre réservé. Dans le cas d'une profession à exercice exclusif, seuls les membres des ordres reconnus peuvent porter le titre et

¹ Les ordres professionnels font partie du système professionnel québécois qui est composé du Gouvernement du Québec, de l'Assemblée nationale, de l'Office des professions du Québec et du Conseil interprofessionnel du Québec.

exercer les activités qui leur sont réservées par la loi (comme les médecins et les infirmières). Dans le cas d'une profession à titre réservé, bien que les membres de ces ordres n'aient pas l'exclusivité de certains actes professionnels, l'utilisation du titre leur est réservée (comme les conseillers en ressources humaines).

Pour répondre à leur mandat de protection du public, les ordres s'assurent que leurs membres ont les compétences professionnelles nécessaires pour ce faire. Ils procèdent ainsi à la vérification de l'équivalence de diplômes, de la formation et de l'expérience professionnelle. De plus, ils contrôlent l'exercice de la profession en délivrant le permis d'exercice de la profession qu'ils régissent.

Par ailleurs, l'augmentation de la mobilité professionnelle internationale et l'arrivée de plus en plus importante de professionnels formés à l'étranger au Québec ont mené le système professionnel québécois à s'adapter. Ainsi, plusieurs ententes et accords ont été signés avec d'autres gouvernements afin d'organiser les processus de reconnaissance des compétences de ces professionnels comme l'entente France-Québec signée en 2008 par exemple qui a permis la mise en œuvre d'arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM), notamment pour les professions de médecins et d'infirmières. Ce type d'entente permet de coordonner la reconnaissance des diplômes et des compétences entre les acteurs institutionnels concernés afin d'en accélérer et d'en simplifier le processus. Également, depuis 2010, le poste de Commissaire à l'admission et le Pôle de coordination ont été institués par la loi pour améliorer l'accès à l'information concernant les ordres professionnels au Québec, la reconnaissance des compétences professionnelles et l'accès à des formations d'appoint pour les professionnels formés à l'étranger.

Toutefois, la reconnaissance des diplômes et des compétences reste un processus difficile (Banerjee et Phan, 2014; Bourgeault, 2007; Forcier et Handal, 2012; Galarneau et Morissette, 2004, 2008; Zietsma, 2010), long et coûteux à tous points de vue (Baldacchino et al., 2007; Bourgeault, 2007; Conseil interprofessionnel du Québec, 2019) pour les professionnels formés à l'étranger qui veulent exercer une profession réglementée. Les démarches de reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger peuvent prendre jusqu'à 10 ans (Girard et Smith, 2013). Certains abandonnent alors le processus en cours de route (Conseil interprofessionnel du Québec, 2020). Ce sont d'ailleurs les professionnels de la santé diplômés à l'étranger qui vivent le plus grand déclassement (Banerjee et Phan, 2014).

Ceci est particulièrement marqué pour les médecins et les infirmières immigrants. C'est pour les médecins un véritable parcours du combattant (Chicha et Eric, 2009). D'abord ils ont des difficultés à faire reconnaître leurs diplômes étrangers (Zietsma, 2010), ensuite leurs compétences professionnelles sont non transférables ou remises en question et considérées parfois inférieures aux standards canadiens (Blain et al., 2012; Boyd et Schellenberg, 2007; Dauphinée, 2007; Zietsma,

2010). Ils expérimentent également de la discrimination lors des entrevues pour la résidence et pour l'embauche (Boyd et Schellenberg, 2007; Neiterman et Bourgeault, 2015) ou alors la valeur de la reconnaissance de leurs diplômes délivrée par le Collège des médecins est remise en question (Archambault et al., 2010). Les infirmières se heurtent également à plusieurs barrières. Elles rencontrent aussi des difficultés à faire reconnaître leurs compétences (Primeau et al., 2014; Zietsma, 2010) et manquent d'information en amont de la migration sur les exigences des ordres professionnels (Blythe et al., 2009). De plus, la qualité de leurs diplômes et de leurs compétences professionnelles est remise en question (Neiterman et Bourgeault, 2015; Primeau et al., 2014; Zietsma, 2010) et les recherches démontrent leur méconnaissance du système professionnel et du système de santé ainsi que les différences dans la pratique et les aspects technologiques, sociaux et culturels de la profession (Blythe et al., 2009; Primeau et al., 2014; Van Kleef et Werquin, 2013). Même si plusieurs mesures ont été mises en œuvre pour améliorer ce processus, les études et les recherches menées ces quinze dernières années révèlent le manque de coordination et de collaboration entre les acteurs de la reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger mais également le manque de cohérence dans l'information transmise, voire l'existence de contradictions entre eux (Alboim et al., 2005; Blain et al., 2012; Chicha et Charest, 2008). De nombreux acteurs institutionnels sont impliqués dans ces processus et il est difficile pour les immigrants de comprendre le système (Conseil interprofessionnel du Québec, 2019, 2020). En effet, il n'existe pas de mécanisme formalisé où les rôles et responsabilités de chaque acteur est décrit à travers le processus de reconnaissance. C'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à la coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences au Québec. Comme il est impossible de considérer les 55 professions, nous avons choisi d'étudier le cas des médecins et des infirmières immigrants pour plusieurs raisons. D'abord, ce sont des professions qui bénéficient d'un Arrangement de reconnaissance mutuel signé dans le cadre de l'entente France-Québec. Ensuite, ce sont des professions en demande sur le marché du travail, ce qui conduit le gouvernement à faire du recrutement international et à les inclure dans la liste des professions admissibles au traitement simplifié des procédures d'immigration du MIFI. Également, ce sont les deux professions les plus représentées parmi les admissions des professions du secteur de la santé entre 1995 et 2014 (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2014). De plus, on peut comparer ces deux professions qui sont au cœur du système de santé. Enfin, les actes réglementés permettent d'identifier les règles formelles d'encadrement de la pratique de ces professions, et ce pour toutes les étapes de l'intégration professionnelle, les acteurs collectifs qui interviennent a priori dans la coordination sont facilement identifiables, la qualité des statistiques sur ces professions est relativement bonne, la légitimité dans les deux professions mélange

formation initiale, formation professionnelle (stages), formation continue, ce qui est de plus en plus le cas pour l'ensemble des emplois.

Ceci nous permet de formuler notre question de recherche :

Médecins et infirmières immigrants au Québec : quel processus pour faire reconnaître ses compétences et exercer légitimement sa profession ?

L'étude empirique et l'analyse nous permettent dans un premier temps de rendre compte de la complexité de la coordination des acteurs institutionnels, c'est-à-dire identifier les acteurs, les règles, les étapes, la nature des tensions, ainsi que les blocages de la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants. Dans un deuxième temps, nous montrons les impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants, notamment avec l'utilisation de la grille de sélection et la mise en œuvre des ARM. Enfin, dans un troisième temps, nous détaillons le rôle du MSSS dans le processus de reconnaissance des compétences des médecins et infirmières immigrants. S'il est quasiment absent de la structure de coordination de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ, il exerce un rôle important puisqu'il régule un marché du travail fermé dont il est le principal, voire le seul, employeur de la province.

Cette thèse se décline en six chapitres.

Le premier chapitre est consacré à la recension des écrits et à l'état des connaissances. Nous y abordons d'abord l'immigration et l'intégration des immigrants au Québec en présentant les politiques d'immigration du Canada et du Québec, comment sont sélectionnés les immigrants au Québec et les défis et barrières de l'intégration des immigrants au Québec. Ensuite, nous expliquons comment fonctionne le système professionnel au Québec, notamment dans un contexte où de plus en plus de professionnels formés à l'étranger doivent faire reconnaître leurs compétences afin d'exercer une profession réglementée au Québec. Puis nous exposons plus spécifiquement la situation des médecins et des infirmières immigrants au Québec depuis la sélection par la province jusqu'à l'intégration professionnelle en présentant les acteurs de la reconnaissance des compétences et les barrières de l'accès à ces deux professions réglementées. Nous terminons le chapitre par la question et les objectifs de la recherche.

Nous présentons notre cadre théorique et conceptuel dans le deuxième chapitre. Sur le plan théorique, nous mobilisons la théorie des conventions (Batifoulier, 2001b; Jean-Pierre Dupuy et al., 1989) développée à la fin des années 1980 par un collectif de chercheurs français utilisant le concept de convention dans une perspective interdisciplinaire. Le concept de convention, c'est-à-

dire un ensemble de règles sur lesquelles s'accordent des acteurs afin de réduire leurs incertitudes quant à la qualité d'un produit, est défini comme « le dispositif constituant un accord de volontés tout comme son produit, doté d'une force normative obligatoire [qui] doit être appréhendée à la fois comme le résultat d'actions individuelles et comme un cadre contraignant les sujets » (Jean-Pierre Dupuy et al., 1989, p. 143). Dans notre contexte, les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des immigrants ont des incertitudes sur les compétences professionnelles des immigrants. Ils se dotent alors de critères d'évaluation et de sélection afin de réduire ces incertitudes. Notre analyse s'appuie sur les trois concepts centraux de notre recherche - les compétences, les professions et la légitimité – dans les trois processus à travers lesquels les médecins et les infirmières immigrants doivent passer pour faire reconnaître leurs compétences et exercer leur profession, soit immigration, reconnaissance des compétences et intégration professionnelle. Pour ce faire, nous nous appuyons plus particulièrement sur les travaux de François Eymard-Duvernay qui propose une lecture de la théorie des conventions dans le cadre des processus de dotation et de son approche sur les conventions de qualité, la pluralité des formes de coordination, le jugement de la qualité du travail, de l'évaluation des compétences et de la justesse et la justice des recrutements (Eymard-Duvernay, 2008, 2012b; Eymard-Duvernay et Marchal, 1997). Cela nous permet d'expliquer comment la sélection et l'évaluation des compétences des immigrants qui se font à travers des épreuves et le jugement de la qualité des compétences des médecins et des infirmières immigrants par les acteurs institutionnels peuvent mener à leur exclusion du parcours de reconnaissance des compétences. Devant l'impossibilité alors d'exercer leur profession, et l'exclusion de leur groupe professionnel, ces professionnels vivent alors une dévalorisation et une déqualification professionnelle.

Nous présentons notre cadre méthodologique dans le troisième chapitre. Sur le plan empirique, la recherche repose sur une analyse qualitative. Nous avons déployé trois méthodes de collecte de données en commençant par une analyse documentaire importante afin de préparer notre terrain. Ensuite, 68 entrevues semi-dirigées ont été menées avec des médecins et des infirmières immigrants et les acteurs de la reconnaissance des compétences de ces professionnels. Enfin, nous avons pu faire de l'observation directe non-participante lors de deux rencontres entre certains acteurs et les médecins immigrants. Nous terminons ce chapitre en exposant les critères de scientificité de notre méthodologie de recherche ainsi que la pertinence sociale et scientifique de la recherche.

Le quatrième et le cinquième chapitres sont consacrés aux résultats de la recherche sur les médecins (chapitre 4) puis sur les infirmières (chapitre 5). Ils sont structurés de façon identique. Nous proposons d'abord un portrait de la profession au Québec puis nous déclinons les différents parcours institutionnels de reconnaissance des compétences pour les médecins et les infirmières.

Dans une troisième partie, nous passons en revue les étapes du processus de reconnaissance des compétences durant les trois processus de l'immigration, de la reconnaissance des compétences et enfin celui de l'intégration professionnelle. Une synthèse des résultats est proposée à la fin de chacun des deux chapitres de résultats dans laquelle nous déclinons la structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences pour les DHCEU et les IDHQ.

Nous analysons et discutons les résultats de la recherche dans le sixième et dernier chapitre en faisant les liens avec les éléments théoriques présentés au chapitre 2. Dans un premier temps, il s'agit des différentes conventions de qualité qui s'opposent dans la structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ. Dans un deuxième temps, nous traitons des impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ. Enfin, dans un troisième temps, nous proposons une réflexion sur le rôle du MSSS dans les trois processus de reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ.

Dans la conclusion, nous rappelons le contexte, la question et les objectifs de la recherche. Nous revenons sur notre démarche et nos résultats et soulignons les apports et indiquons les limites de la thèse et soumettons de nouvelles pistes de recherche.

Chapitre 1 - État des connaissances

Terre d'immigration, le Canada accueille sur son territoire depuis plus de 400 ans des immigrants qui ont participé à la construction et au développement du pays. Cette immigration est enchâssée depuis plus d'un siècle dans un cadre législatif qui a évolué au fil du temps en fonction des réalités économiques, démographiques et politiques. Pratiquant une politique d'immigration économique, le Canada et le Québec sélectionnent les candidats de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés afin de répondre aux besoins de main-d'œuvre du marché du travail. La sélection repose sur un système de points accordés à des critères comme la formation, le niveau d'étude, la profession et, dans le cas du Québec, la connaissance du français. Des critères déterminent également le potentiel d'employabilité² des candidats à l'immigration, en vue d'une intégration socioprofessionnelle rapide. La littérature que nous présentons dans ce chapitre montre que ce n'est pas toujours le cas, notamment lorsqu'il s'agit des professions réglementées, et que les immigrants éprouvent des difficultés lors du processus de reconnaissance de leurs diplômes et de leurs compétences afin d'obtenir le permis d'exercice de leur ordre professionnel.

Au Québec, 46 ordres professionnels régis par le code des professions encadrent 55 professions, dont la moitié dans le domaine de la santé. La mission d'un ordre professionnel est de protéger le public. Chaque ordre doit s'assurer que ses membres ont les compétences nécessaires à l'exercice de la profession et respectent les lois et règlements établis. L'arrivée d'immigrants voulant exercer une profession réglementée a mené les acteurs institutionnels à adapter le système professionnel. Cependant, la difficile reconnaissance des diplômes et des compétences professionnelles des immigrants reste encore aujourd'hui une barrière à l'exercice de certaines professions réglementées, notamment dans le domaine de la santé. Selon Boyd et Schellenberg (2007), alors qu'au moins 90% des médecins formés au Canada exercent leur profession, c'est le cas pour seulement 55% des médecins formés à l'étranger.

La présente recherche se concentre particulièrement sur deux professions de la santé au Québec, soit les infirmières et les médecins.

² Selon le guide des procédures d'immigration du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, « [l]e profil d'employabilité des candidats et leur formation jouent un rôle prépondérant dans la grille de sélection. Les candidats qui ne satisfont pas au seuil éliminatoire d'employabilité sont automatiquement refusés dès l'étape de l'examen préliminaire » Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2017a). *Guide des procédures d'immigration. Composante 3. Programme de recrutement et de sélection des candidats à l'immigration économique. Chapitre 1. Le programme régulier de sélection des candidats travailleurs qualifiés*. Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/gpi-npi/composantes_3/gpi-3-1.pdf

Des pénuries de personnel de la santé se font sentir dans plusieurs pays industrialisés comme les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et le Canada (OCDE, 2015). Selon l'Organisation de développement et de coopération économique (OCDE, 2015; OECD, 2019), la part des médecins nés à l'étranger et exerçant dans un pays de l'OCDE a augmenté de 50% entre 2006 et 2016 et celle des infirmières nées à l'étranger de 20% entre 2011 et 2016.

Au Québec, les besoins de médecins et d'infirmières sont très élevés³⁴⁵, à tel point que le gouvernement provincial cherche à recruter de plus en plus d'infirmières à l'international⁶.

Dans ce chapitre divisé en quatre sections, nous proposons dans un premier temps de faire un tour d'horizon de l'immigration et de l'intégration des immigrants au Québec. Les politiques d'immigration du Canada et du Québec ainsi que la sélection des immigrants au Québec y sont exposées avant de brosser un portrait de l'immigration au Québec et de présenter l'intégration professionnelle des immigrants. Dans un deuxième temps, nous traitons des professions réglementées au Québec et déclinons le système professionnel québécois et les moyens mis en œuvre par la province et les ordres professionnels pour adapter ce système au contexte d'immigration. Puis, dans un troisième temps, nous proposons un état des connaissances sur la reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences des médecins et infirmières immigrants qui veulent exercer leur profession au Québec. Enfin, dans un quatrième et dernier temps, nous posons la question de recherche et identifions nos objectifs de recherche.

1. Immigration et intégration des immigrants au Québec

Le marché du travail actuel est caractérisé par des transformations rapides qui nécessitent une grande capacité d'adaptation de la main-d'œuvre. Aussi, les caractéristiques socioprofessionnelles des immigrants travailleurs sont déterminantes dans leur processus d'insertion à la société québécoise et d'adaptation au marché du travail. (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2017a, p. 10)

³ MSSS. Besoins prioritaires. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/diplomes-internationaux/exercer-au-quebec/besoins-prioritaires>

⁴ OIIQ. Communiqué de presse : <http://www.oiiq.org/salle-de-presse/communiques/le-nombre-d-infirmieres-est-insuffisant-pour-repondre-aux-besoins-des-re>

⁵ Université de Sherbrooke. La pénurie d'infirmières augmente le risque de mortalité des patients. <https://www.usherbrooke.ca/actualites/nouvelles/nouvelles-details/article/31735/>

⁶ Cabinet du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et ministre de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. Communiqué de presse : <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-ministre-jean-boulet-devoile-un-projet-de-reconnaissance-des-competences-pour-recruter-1-000-infirmieres-et-infirmiers-a-linternational-37995>

Dans cette première partie, nous proposons un historique des politiques d'immigration du Canada pour mettre en contexte les objectifs politiques et économiques du pays et expliquer la spécificité des politiques d'immigration du Québec. Cela nous permet ensuite de présenter plus précisément comment s'opère la sélection des immigrants dans la province et de brosser le portrait de l'immigration au Québec depuis le début des années 2000. Nous terminons cette section avec les défis et les barrières à l'intégration des immigrants au Québec.

1.1. Les politiques d'immigration

Jusqu'à la signature de l'Accord Canada-Québec en 1991, qui a donné son autonomie à la province pour sélectionner ses immigrants économiques, déterminer les niveaux d'immigration souhaités et lui a conféré la responsabilité de l'intégration des nouveaux-arrivants, l'immigration était uniquement de compétence fédérale. Le Québec s'est doté depuis d'une politique d'immigration et de sa propre grille de sélection des immigrants économiques.

1.1.1. Les politiques d'immigration au Canada et au Québec

À la fin du XIX^e siècle, le Canada, alors colonie de l'Empire britannique, encourage l'immigration afin d'augmenter sa population et développer les territoires de l'Ouest. En 1869, le ministère de l'Agriculture, qui est responsable de l'immigration à l'époque, édicte l'*Immigration Act*, première loi sur l'immigration au Canada. C'est une politique caractérisée par le *laissez-faire*, c'est-à-dire que « [l]es portes du territoire canadien sont ouvertes à tous; la loi ne fait état d'aucune exclusion » (Chouinard et Pelletier, 1983, p. 1) et qui, dans les faits, favorise une immigration rurale et encourage la venue de ressortissants britanniques, français et américains. En 1872, l'immigration passe sous la gouverne du ministère de l'Intérieur qui durcit les règles⁷ et instaure en 1879 le *Chinese Immigration Act* pour contrôler et restreindre l'entrée des Chinois (Chouinard et Pelletier, 1983).

Ensuite, alors que le Canada attire plus de trois millions d'immigrants entre 1896 et 1914 (Fortin et Piche, 2004; Parant, 2001), le Québec reçoit à cette période de 20 000 à 30 000 nouveaux arrivants, ce qui constitue les plus hauts taux d'immigration de tout le XX^e siècle dans la province (Fortin et Piche, 2004).

Puis, la période de l'entre-deux guerres est marquée par une crise économique entraînant une baisse considérable de l'immigration, ainsi qu'une importante réaction anti-immigrants qui sévit sur tout le

⁷ Sont exclus les criminels, les « dénués » et les personnes malades Chouinard, M. et Pelletier, L. (1983). Aperçu historique de la politique d'immigration canadienne. *Cahiers québécois de démographie*, 12(2), 201-206. .

territoire canadien et, jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale, l'immigration cesse quasiment (Chouinard et Pelletier, 1983; Fortin et Piche, 2004; Parant, 2001).

Si la première moitié du XX^e siècle a surtout connu une immigration blanche, généralement européenne, assez homogène et majoritairement chrétienne, l'après-guerre marque un tournant dans la composition du portrait de l'immigration et des caractéristiques des immigrants reçus, y compris au Québec. Les politiques d'immigration vont également évoluer. Jusque-là, les critères de sélection des immigrants profitaient à des personnes de préférence européenne qui venaient travailler sur les grands chantiers québécois ou comme ouvriers agricoles dans les colonies (Chouinard et Pelletier, 1983; Fortin et Piche, 2004).

La deuxième moitié du XX^e siècle est en revanche marquée par l'internationalisation de l'immigration et par des changements majeurs de politiques d'immigration : la discrimination est interdite pour faire place à un régime sélectif et pluraliste basé sur le capital humain⁸, des critères économiques et humanitaires sont appliqués avec pour objectif de développer la croissance économique et démographique ; le pays s'ouvre à une plus grande diversité d'origine des immigrants (Boudarbat et Boulet, 2010; Fortin et Piche, 2004; Knowles, 2000).

En 1949, le Canada crée le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration et promulgue en 1952 la nouvelle *Loi sur l'immigration* qui met fin aux exclusions et s'accompagne d'ententes permettant d'accueillir de plus en plus de migrants du monde entier. En 1957, la profession devient le critère essentiel de sélection et en 1962, le Canada met fin à sa « politique d'immigration raciste » (Knowles, 2000). En 1966, à la suite du Livre blanc sur l'immigration, le gouvernement canadien crée le ministère de la Main-d'œuvre et de l'Immigration et se donne des objectifs économiques en matière d'immigration et d'emploi puisque le pays a un grand besoin de main-d'œuvre, et particulièrement d'une main-d'œuvre qualifiée. Enfin, en 1967, le Canada se dote de sa première grille de sélection qui privilégie les qualifications professionnelles et s'appuie sur une approche d'attraction de capital humain pour répondre à de nouveaux besoins économiques et politiques (Chouinard et Pelletier, 1983; Fortin et Piche, 2004; Knowles, 2000).

Le Canada développe également une tradition d'immigration humanitaire en adoptant une politique d'accueil des réfugiés en 1967 et en signant le Protocole des Nations unies en 1969. Le pays

⁸ Les gouvernements du Canada et du Québec ne choisissent plus les immigrants en fonction de leur origine, mais mettent en place une grille pour les sélectionner en fonction de leur capital humain.

accueillera notamment près de 77 000 réfugiés indochinois entre 1975 et 1981⁹ (Knowles, 2000) et plus récemment, plus de 40 000¹⁰ Syriens entre novembre 2015 et mars 2017¹¹.

1.1.2. La politique d'immigration du Québec depuis l'Accord Canada-Québec

Au Québec, la Révolution tranquille amorcée dès le début des années 1960 conduit le gouvernement provincial à être plus actif dans la sélection des immigrants venant s'installer sur son territoire, notamment pour assurer la pérennité du français mais également pour des raisons économiques et démographiques (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2014). C'est ainsi qu'en 1968, le Québec crée son premier ministère de l'Immigration, lançant un processus de négociation d'une série d'accords qui vont mener la province vers l'acquisition de plus d'autonomie et de pouvoir en matière de gestion de l'immigration sur son territoire. En 1977, le premier ministre de l'époque, René Lévesque, affirme la place de la langue française dans la province avec la Charte de la langue française, la *Loi 101*, qui proclame la langue française comme langue officielle de la province (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2014). Cette loi exerce une influence sur les nouveaux arrivants car elle impose, notamment aux enfants d'immigrants, d'être instruits en français.

Dès 1971, le Québec acquiert plus de compétences dans le processus de sélection des personnes immigrantes accueillies dans la province. D'abord, l'Accord Cloutier-Lang permet la représentation du Québec dans les ambassades canadiennes. Il est suivi en 1975 par l'Entente Andras-Bienvenue qui concède au Québec la possibilité de collaborer à la sélection des candidats à l'immigration en participant aux entrevues de sélection et lui octroie le pouvoir de faire des recommandations. Cette entente « reconnaît la nécessité d'encourager la venue de personnes immigrantes francophones et oblige la partie fédérale à tenir compte de l'avis du Québec concernant toute candidate ou tout candidat désireux de s'y établir » (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2014, p. 101). Puis, en 1978, l'entente Couture-Cullen définit un premier partage des compétences entre le Québec et le Canada. Le Québec possède désormais son propre système de points qui diffère de celui du Canada. Ensuite, en 1990, le Québec adopte *l'Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration* « Au Québec pour bâtir ensemble » qui donne les objectifs de l'immigration : « redressement démographique », « prospérité économique », « pérennité du fait français » et « ouverture sur le monde » (Ministère de l'Immigration et des Communautés

⁹ Ce qui représente 8,3% des immigrants reçus pendant cette période au Canada selon Main-d'œuvre et Immigration Canada (1975, 1976) et Emploi et Immigration Canada (1977, 1978, 1979, 1980, 1981).

¹⁰ Soit 13,5% des immigrants reçus en 2016. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/publications-guides/rapport-annuel-parlement-immigration-2017.html>

¹¹ <http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/bienvenue/>

culturelles, 2014, p. 106). Finalement, en 1991, c'est l'Accord Gagnon-Tremblay-McDougall, ou *Accord Canada-Québec relatif à l'immigration et à l'admission temporaire des aubains*¹² qui finalise le partage des compétences entre la province et le gouvernement fédéral, et renforce les pouvoirs de la province en termes de sélections de immigrants économiques. Désormais, le Québec est la seule province du Canada ayant le pouvoir exclusif de sélectionner ses immigrants économiques¹³ selon ses critères, de définir ses propres niveaux et volumes d'immigration. Le gouvernement fédéral reconnaissant « l'importance que l'intégration des personnes immigrantes au Québec soit respectueuse du caractère distinct de la société québécoise » (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2014, p. 107) transfère au gouvernement québécois la responsabilité d'accueillir et d'intégrer les nouveaux arrivants sur son territoire. Selon Béchard (2015, p. 2), cette entente vise à « préserver le poids démographique du Québec » à l'intérieur du Canada et la pérennité du français tout en respectant « le caractère distinct » de la province. Il est important de souligner la portée de cette entente dans le contexte de l'époque car, comme l'explique Béchard (2015, p. 1), « cet accord, conclu après l'échec de l'Accord du Lac Meech, qui proposait des modifications à la Constitution, réalise dans une large mesure ce qui se serait produit au chapitre de l'immigration si l'Accord du Lac Meech avait été ratifié ». Pour sa part, le Canada conserve la responsabilité de la délivrance des visas, des permis de travail et de la citoyenneté et accorde une compensation financière au gouvernement du Québec pour la mise en œuvre des services d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants dans la province. Ainsi, chaque année, le Canada détermine le nombre d'immigrants que le pays veut recevoir en tenant compte de celui que s'est fixé le Québec, toutes catégories d'immigrants confondues. Le Québec a, pour sa part, l'obligation d'accueillir un pourcentage des réfugiés que le Canada reçoit chaque année (Becklumb, 2008).

En 2015, le gouvernement du Québec a lancé une consultation publique afin de se doter d'une nouvelle politique d'immigration compatible avec les changements mondiaux notamment au niveau des flux migratoires internationaux. En effet, plusieurs pays de l'OCDE font de plus en plus appel à l'immigration pour contrer le ralentissement démographique et les besoins accrus de main-d'œuvre, entretenant ainsi une véritable concurrence internationale pour l'attraction des compétences. De plus, la province veut modifier le système du « premier arrivé, premier servi » qui, selon elle, ne

¹² Définition d'aubain : « À l'époque féodale, étranger qui vivait dans son pays de résidence sans être naturalisé ». OQLF, Grand dictionnaire terminologique. http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=26505216

¹³ On parle ici des immigrants économiques puisque les personnes venant avec le regroupement familial et les réfugiés ne sont pas sélectionnées. Elles sont parrainées ou obtiennent le statut de personnes réfugiées.

répond pas à ses besoins¹⁴. La politique québécoise en matière d'immigration, de participation et d'inclusion intitulée *Ensemble nous sommes le Québec* (la Politique) est adoptée en mars 2016 ainsi que la nouvelle *Loi sur l'immigration au Québec* intitulée « Le Québec en route vers un système d'immigration moderne et efficace » en avril de la même année¹⁵. En ce qui concerne la reconnaissance des compétences professionnelles des immigrants, on note dans le texte de la Politique que la consultation a donné lieu à « un consensus sur la nécessité de favoriser l'insertion professionnelle par la correction des difficultés persistantes de reconnaissance des compétences des personnes immigrantes, tant par les organismes de réglementation que par les employeurs, et de lever les obstacles systémiques à l'accès à un emploi de plein potentiel » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016b, p. ix) et que « [l]a reconnaissance des compétences continue donc de faire l'objet d'une attention soutenue de la part du gouvernement du Québec et de l'ensemble des acteurs du marché du travail, notamment les employeurs, les organismes qui réglementent les professions et les métiers, ainsi que le réseau de l'éducation » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016b, p. 25). Le gouvernement explique qu'« [e]n s'y attaquant résolument, une amélioration et une accélération substantielles des processus de reconnaissance des compétences des personnes immigrantes formées à l'étranger sont attendues. » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016b, p. 25).

Ainsi, dans sa *Stratégie d'action en matière d'immigration, de participation et d'inclusion 2016-2021*, le MIDI propose des mesures afin de « résoudre les difficultés liées à la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes afin que leur contribution à l'essor économique soit rapide et réussie » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016d, p. 15-18)¹⁶. Le Ministère ne donne pas de délai pour expliquer ce qu'il considère comme « rapide » et ni ce qu'est une contribution « réussie ».

Après cette présentation des politiques d'immigration au Canada et au Québec depuis que la première loi sur l'immigration a été promulguée au pays et décrit comment le Québec avait obtenu son autonomie en matière de sélection des immigrants économiques, nous proposons de nous attarder dans la prochaine section à la sélection des immigrants au Québec.

¹⁴ MIDI. Communiqué. Adoption de la loi sur l'immigration au Québec.

<http://www.midi.gouv.qc.ca/fr/presse/communiqués/com20160407.html>

¹⁵ MIDI. Communiqué. Adoption de la Loi sur l'immigration au Québec.

<http://www.midi.gouv.qc.ca/fr/presse/communiqués/com20160407.html>

¹⁶ Nous présentons ces mesures plus loin dans ce chapitre.

1.2. La sélection des immigrants au Québec

Nous avons expliqué dans la section précédente que le Québec sélectionne les immigrants économiques que la province souhaite accueillir selon une grille de sélection. Il faut savoir que les immigrants sont classés par le Canada et le Québec selon différents statuts et catégories. Cette grille de points utilisée pour la sélection s'applique uniquement à la sous-catégorie des travailleurs qualifiés dans la catégorie des immigrants économiques. Nous nous attardons dans les prochaines sous-sections à la description des différents statuts et catégories d'immigrants ainsi qu'aux grilles de sélection car ce sont des éléments importants pour notre recherche.

1.2.1. Les différents statuts et catégories d'immigration

Les lois canadiennes et québécoises sur l'immigration distinguent deux types d'immigration : une immigration permanente et une immigration temporaire. Pour chacun de ces types d'immigration, les gouvernements ont déterminé des catégories et des sous-catégories d'immigrants¹⁷.

Tableau 1: Les différents statuts d'immigration

		Immigration permanente	Immigration temporaire
		Immigrants économiques (Travailleurs qualifiés , entrepreneurs, investisseurs) Regroupement familial Réfugiés	Travailleurs temporaires et leurs conjoints Étudiants internationaux
Gouvernement provincial	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI)	Certificat de sélection du Québec (CSQ)	Certificat d'acceptation du Québec (CAQ)
Gouvernement fédéral	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC)	Visa de résident permanent	Permis d'études (pour les étudiants) Permis de travail (pour les travailleurs temporaires)

Synthèse de l'auteure. Sources : ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI), Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC)

Le Tableau 1 présente une synthèse de la structure de sélection des immigrants qui s'établissent au Québec dans un processus permanent ou temporaire. Pour cette recherche, nous avons rencontré majoritairement des immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés et des travailleurs temporaires, mais également des personnes venues dans le cadre du regroupement familial et des étudiantes internationales.

Les immigrants de la sous-catégorie des **travailleurs qualifiés** sont sélectionnés par le Québec pour leurs compétences professionnelles et sur un ensemble de caractéristiques déterminantes dans le

¹⁷ Une définition des différentes catégories et sous-catégories d'immigrants peut être consultée dans les glossaires des différents rapports du MIFI. Par exemple, dans MIFI (2020) Tableaux de l'immigration permanente au Québec 2015-2019, p. 48. <http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Immigration-Quebec-2015-2019.pdf>

processus d'insertion au marché du travail et de l'adaptation à la société québécoise selon une grille de sélection avec attribution de points. Tel que mentionné dans le Tableau 1, ils obtiennent alors un certificat de sélection du Québec (CSQ) du gouvernement provincial, acquièrent le statut de résident permanent après en avoir fait la demande au Canada et reçoivent un visa de résident permanent du gouvernement fédéral. Ils ont les mêmes droits et obligations que les Québécois natifs, sauf le droit de vote et le passeport canadien. Pour cela, il leur faudra faire une demande de citoyenneté auprès du gouvernement fédéral, s'ils répondent aux critères du gouvernement fédéral et de leurs pays d'origine concernant les règles de double citoyenneté. Il s'agit du programme régulier des travailleurs qualifiés (PRTQ) du Québec.

Le Canada et le Québec ont également lancé des programmes d'immigration temporaire. Les travailleurs temporaires sont généralement recrutés à l'international par un employeur au Québec selon des programmes, des conditions et des critères régis par un ensemble de règlements édictés par le Canada et le Québec. Ils doivent d'abord obtenir un certificat d'acceptation du Québec (CAQ) puis obtenir du gouvernement fédéral un permis de travail temporaire d'une durée variable. Ces permis de travail sont dits fermés lorsqu'ils sont liés à l'employeur ayant procédé au recrutement du travailleur et ouverts lorsqu'aucun contrat de travail n'est attaché au permis.

Depuis 2010, le Québec offre la possibilité aux détenteurs d'un permis de travail temporaire, sous réserve de répondre à des critères très stricts, de faire une demande de résidence permanente dans le cadre du Programme de l'expérience québécoise (PEQ). Celui-ci « vise à inciter les étudiants étrangers diplômés au Québec et les travailleurs temporaires spécialisés en emploi à s'installer de manière permanente au Québec » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2013, p. 1) Il s'agit d'une formule plus rapide pour obtenir la résidence permanente au Québec que celle du PRTQ et arrimée aux besoins économiques, démographiques et linguistiques de la province puisque les personnes qui peuvent en bénéficier sont déjà intégrées, tant professionnellement que socialement. Les bénéficiaires de ce programme démontrent une très bonne performance sur le marché du travail (Fleury et al., 2020). Le PEQ a fait l'objet d'une refonte importante en 2019-2020 restreignant l'accès à ce programme, ce qui a donné lieu à des débats importants (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2020a).

1.2.2. La grille de sélection du Québec et les critères d'admissibilité

Dans le cadre du programme régulier des travailleurs qualifiés, les candidats à l'immigration doivent remplir une grille de sélection afin d'obtenir leur CSQ. Pour atteindre ses objectifs et sélectionner les personnes qui pourraient répondre au mieux aux besoins économiques,

démographiques et linguistiques du Québec, le gouvernement provincial a modifié plusieurs fois sa grille de sélection entre 1996 et 2018¹⁸. Dans cette grille, des points sont attribués selon plusieurs critères : la formation, l'expérience professionnelle, l'âge, les connaissances linguistiques, les séjours et la famille au Québec, l'emploi (si le candidat à l'immigration a reçu une offre d'emploi du Québec), les enfants, la capacité d'autonomie financière et d'adaptabilité¹⁹ pour une « bonne mobilité professionnelle » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2017a). Paquet (2020, p. §42) pointe dans cette nouvelle politique la tendance utilitariste de l'immigration au Québec et explique comment le gouvernement « se positionne comme acteur légitime » grâce à « la sélection efficace des immigrants » pour répondre aux objectifs économiques de l'État.

Pour le calcul des points du critère de formation, le Ministère utilise une liste de domaines de formations privilégiées répondant aux besoins du marché du travail. Ainsi, une candidate à l'immigration ayant une formation d'infirmière et exerçant cette profession pourrait, en fonction des années, recevoir beaucoup de points pour son dossier de candidature.

Le Vérificateur général du Québec (2011) a critiqué cette façon de sélectionner les immigrants dans son rapport arguant que ce n'était pas un gage d'intégration professionnelle d'autant plus « qu'un candidat peut atteindre le seuil d'employabilité de la grille de sélection sans avoir une formation dans un domaine privilégié s'il obtient les points requis pour les autres facteurs et critères de la grille » (Vérificateur général du Québec, 2011, p. 3.17).

Les modifications apportées aux grilles successives façonnent le portrait des immigrants arrivés au Québec depuis les années 1990. Plusieurs recherches ont été réalisées sur les effets de la grille de sélection sur le portrait des immigrants sélectionnés et leur impact sur l'intégration professionnelle des travailleurs qualifiés (Bégin et Renaud, 2012; Boudarbat et Grenier, 2014; Boulet, 2013; Godin et Pinsonneault, 2004; Parant, 2001; Renaud et Cayn, 2006; Slaoui, 2008; Tremblay, 2005). Également, ces derniers sont de plus en plus scolarisés et qualifiés, ils maîtrisent davantage le français, ce qui devrait faciliter ou améliorer leur intégration professionnelle alors que ce n'est pas toujours le cas (Boudarbat et Boulet, 2010; Boudarbat et Grenier, 2014; Lacroix, 2013).

Jusqu'en 2018, le Québec étudiait les demandes du PRTQ selon le principe du premier arrivé, premier servi. Depuis le 2 août 2018, le Ministère a mis en place le système ARRIMA qui « permet de mieux arrimer l'immigration aux besoins du marché du travail du Québec²⁰. » Dans cette

¹⁸ La dernière version de la grille de sélection du PRTQ lors de la rédaction de cette recherche date du 2 août 2018 et est disponible sur le site du MIFI, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/GR_Selection_Travailleurs_Qualifies.pdf?1616677921

¹⁹ Ce critère est supprimé de la grille de sélection depuis le 5 août 2015 à la suite de la recommandation faite en 2010 par le Vérificateur général du Québec. <http://www.midi.gouv.qc.ca/fr/presse/communiqués/com20150805.html>

²⁰ MIFI. À propos d'ARRIMA. <https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/arrima/index.html>

nouvelle procédure, avant de pouvoir faire une demande de CSQ, les candidats à l'immigration doivent utiliser la plateforme ARRIMA et y déposer une Déclaration d'intérêt à immigrer au Québec pour y travailler. Le MIFI vérifie ensuite que le profil « correspond aux critères recherchés au Québec »²¹, puis envoie aux candidats une invitation les autorisant à présenter une demande de CSQ. Ce système d'invitation a été modifié en juillet 2021 et le MIFI « a mis en place un système d'invitation par classement qui permettra de rejoindre les personnes immigrantes présentant un fort potentiel d'intégration et dont le profil est en réelle adéquation avec les besoins socioéconomiques du Québec, qu'elles possèdent une offre d'emploi validée ou non²². » Entre le 4 juillet 2019 et le 30 septembre 2021, le MIFI a envoyé 4 778 invitations, soit 950 en 2019, 628 en 2020 et 3 200 pour les 3 premiers trimestres de 2021²³.

1.3. Le portrait de l'immigration au Québec

Le nombre des nouveaux arrivants n'a cessé d'augmenter depuis le début des années 1990, passant de 28 043 en 1994 à 40 565 en 2019 (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2020b; Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2014). À partir des statistiques publiées par le ministère de l'Immigration, nous avons réalisé la

Figure 1. Nous constatons que le nombre d'immigrants admis au Québec est retombé en 2019 à un niveau inférieur à celui de 2006 soit 40 565 personnes admises en 2019 contre 44 681 en 2006. Le nombre d'admissions d'immigrants en 2019 est comparable à celui de 2003, année durant laquelle la province a accueilli 39 583 résidents permanents (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2007). On observe également dans la Figure 1 qu'entre 2010 et 2015 le nombre d'admissions annuelles dépassaient les 50 000 personnes, atteignant un plafond de 55 044 admissions en 2012.

Le nombre d'immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis depuis 2006 suit la même courbe que celle de tous les immigrants admis entre 2006 et 2019. Par contre, le nombre de travailleurs de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis en 2019 (19 098) est inférieur à celui de 2002 (19 926) (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2007). Les

²¹ Gouvernement du Québec. Programme régulier des travailleurs qualifiés.

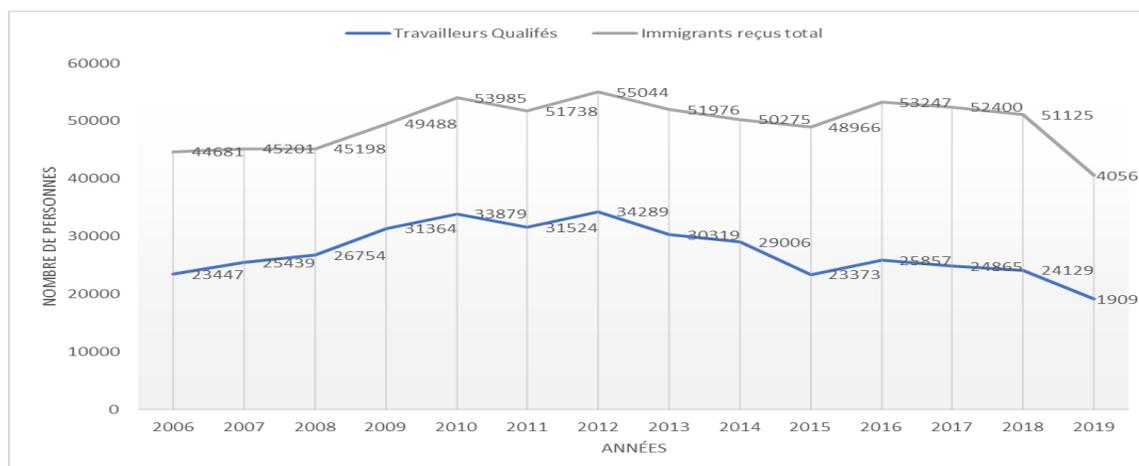
<https://www.quebec.ca/immigration/programmes-immigration/programme-regulier-travailleurs-qualifies>.

²² MIFI. Déclarez votre intérêt à immigrer au Québec. <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/arrima/individus/programme-regulier-travailleurs-qualifies/index.html>

²³ Le détail du nombre d'invitations par année et des critères sur lesquels le MIFI s'est basé pour les invitations est disponible sur le site du MIFI dans la section ARRIMA – Invitations. <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/arrima/individus/programme-regulier-travailleurs-qualifies/invitations/index.html>

statistiques disponibles sur le site du MIFI remontent jusqu'en 2002, nous n'avons donc pas accès aux chiffres antérieurs à 2002.

Figure 1: Nombre d'immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec par rapport au nombre total d'admissions au Québec 2006 à 2019



Synthèse de l'auteure. Source : « Portraits statistiques. L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes. 2006-2010 » (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2012) ; « Portrait statistique. L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes. 2011-2015 » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016c) et « Tableaux de l'immigration permanente au Québec- 2015-2019 » (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2020b).

La chute importante du nombre d'immigrants admis au Québec en 2019 est le résultat de la volonté du gouvernement québécois élu en 2018 de diminuer le nombre d'admissions chaque année. Dans son dernier exercice de planification triennale de l'immigration pour 2017-2019, le gouvernement libéral du Québec avait décidé de stabiliser le nombre de personnes immigrantes admises entre 51 000 et 52 000 par an (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016a). Après les élections provinciales de 2018, le nouveau gouvernement caquiste, qui avait promis lors de la campagne électorale de baisser le nombre d'immigrants admis au Québec, a annoncé lors de la consultation publique de 2019 sur la planification de l'immigration au Québec pour la période 2020-2022 avoir décidé de plafonner le nombre d'admissions à 40 000 pour 2019 et admettre entre 49 500 et 52 500 immigrants en 2022. La pandémie de COVID-19 et la fermeture des frontières entre 2020 et 2021 ont eu pour conséquence une baisse drastique du nombre d'admissions en 2020, la province n'ayant admis que 25 223 personnes²⁴.

²⁴ MIFI. Chiffres de l'immigration permanente. 4^e trimestre 2020. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/TAB_ImmigrationPerm_tri4_2020.pdf

Les statistiques publiées au Canada et au Québec nous permettent de brosser un portrait de l'immigration au Québec. Selon le Recensement de la population de 2021, les immigrants représentent 14,6% de la population québécoise et 23% de la population canadienne (Statistique Canada, 2021a)²⁵.

En 2021, le taux de présence²⁶ des personnes admises au Québec entre 2010 et 2019 était de 72,6% (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021a). Essentiellement installés dans la RMR de Montréal (69,6%), 56,3% sont dans la tranche d'âge des 25-44 ans, 28,3% ont déclaré avoir 14 à 16 années de scolarité, 29,9% ont déclaré en avoir 17 et 86,4% déclarent connaître uniquement le français (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021a).

Les bassins d'origine des immigrants se répartissent entre les quatre principaux continents, les Africains arrivés entre 2010 et 2019 représentent en 2021 plus du tiers (36%) des immigrants (une majorité vient d'Afrique du Nord – 19%), le quart vient d'Asie (26,8%), 20,4% d'Amérique et 16,6% d'Europe (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021a). En 2021, les 10 principaux pays de naissance des immigrants arrivés entre 2010 et 2019 présents en 2021 sont, par ordre d'importance : la France, l'Algérie, Haïti, le Maroc, la Chine, la Syrie, le Cameroun, les Philippines, la Colombie et la Tunisie (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021a). Les ressortissants de plus de la moitié de ces pays sont francophones, la langue française a donc une importance dans le choix de la province de destination.

Si l'on examine plus précisément les données concernant les immigrants économiques, les deux tiers des immigrants admis entre 2010 et 2019 ayant déclaré une scolarité de 14-16 ans et 17 ans et plus sont encore présents au Québec en 2021. Ils représentent respectivement 66,1% et 67,9% des immigrants économiques arrivés entre 2010 et 2019 (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021a). Enfin, 65,8% des immigrants économiques arrivés entre 2010 et 2019 sont encore présents au Québec en 2021 (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021a).

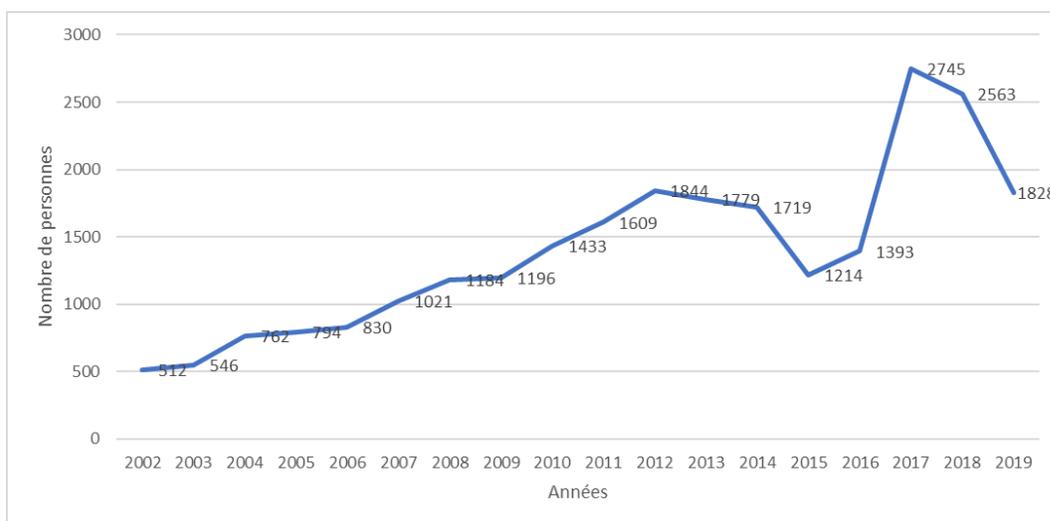
²⁵ Si l'on compare avec les pays de l'OCDE, le nombre d'immigrants au Canada est proche de celui de la Nouvelle-Zélande (22,4%), bien au-dessus de celui des États-Unis (13,1%) et bien en-dessous de celui de l'Australie (27,7%). Les immigrants représentent en moyenne entre 11 et 16% de la population selon les pays.

<https://data.oecd.org/fr/migration/personnes-nees-a-l-etranger.htm> (données 2013)

²⁶ « Afin de connaître la présence des personnes immigrantes admises au Québec ainsi que leur localisation sur le territoire québécois, le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) procède annuellement au jumelage de sa banque de données sur les admissions permanentes avec les renseignements contenus dans le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Cette méthode est encadrée par une entente administrative conclue entre le Ministère et la RAMQ. » (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021a, p. 23)

Le nombre d'immigrants augmente depuis les années 1990 avec une stabilisation autour de 50 000 personnes par année entre 2009 et 2018 comme nous l'avons sur la Figure 1 et une baisse amorcée en 2019. Le nombre de personnes enregistrées par profession dans le domaine de la santé a également augmenté régulièrement depuis 2002 et ce jusqu'en 2012. Nous constatons ensuite sur la Figure 2 l'amorce d'une baisse jusqu'en 2015 puis une hausse majeure du nombre des immigrants admis ayant déclaré une profession dans le domaine de la santé. Leur nombre a plus que doublé, passant de 1 214 en 2015 à 2 745 en 2017. Puis, de nouveau, nous observons une baisse depuis 2017.

Figure 2: Nombre d'admission par profession projetée dans le secteur de la santé



Synthèse de l'auteure. Source : « Portraits statistiques. L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes. 2006-2010 » (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 2012) ; « Portrait statistique. L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes. 2011-2015 » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016c) et « Tableaux de l'immigration permanente au Québec- 2015-2019 » (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2020b).

Nous avons mentionné précédemment qu'en vertu de l'Accord Canada-Québec, le Québec sélectionne les immigrants économiques qu'il désire admettre sur son territoire et détermine leur nombre chaque année. Il a également la responsabilité de leur intégration socioprofessionnelle. Nous montrons dans la section suivante que cette intégration reste un enjeu de taille.

1.4. L'intégration professionnelle des immigrants au Québec

Tel que stipulé dans l'Accord Canada-Québec, le Québec doit offrir des services d'accueil et d'intégration socioprofessionnelle aux nouveaux immigrants résidents permanents : francisation, installation, aide à la recherche d'emploi, présentation de la société québécoise et de la culture de

travail. En plus du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) lui-même, plusieurs organismes sont mandatés et financés par le gouvernement pour ce faire. L'intégration sociale et professionnelle des nouveaux arrivants dans la société québécoise est un enjeu majeur pour le gouvernement, en plus d'être une obligation définie dans l'Accord Canada-Québec et financée par le gouvernement fédéral. Il est important de souligner que ce financement n'est pas lié à une quelconque reddition de compte et que les compensations octroyées chaque année ne sont pas calculées en fonction du nombre de personnes accueillies chaque année, mais sont indexées depuis 1995-1996²⁷ (Gouvernement du Québec, 1991, p. B2). Cela implique que, même si le nombre d'immigrants diminue une année²⁸, le montant compensatoire, lui, continue d'augmenter. Ce montant est passé de 75 M\$ en 1991-1992 (Gouvernement du Québec, 1991, p. B2) à 650,27 M\$ en 2020-2021 (Minister of Public Services and Procurement, 2021, p. 288) .

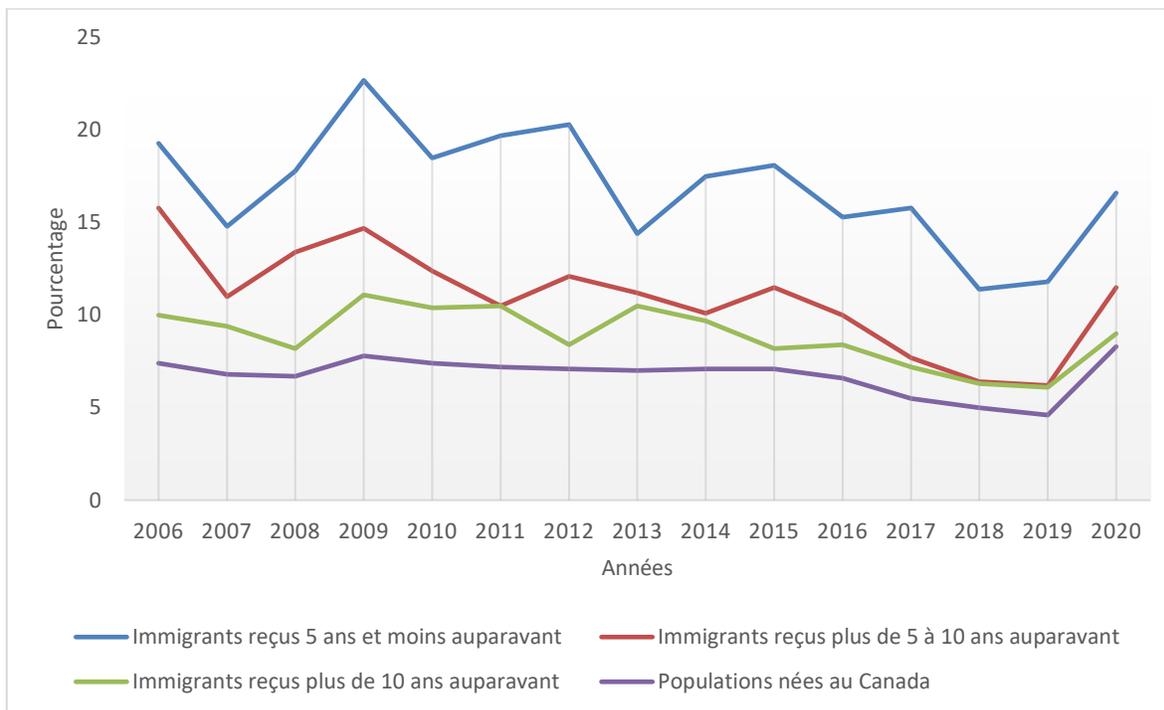
L'intégration socioprofessionnelle des immigrants demeure un enjeu économique, politique et social.

Sur le plan économique, les immigrants sélectionnés par le Québec et en âge de travailler arrivent souvent avec un niveau de scolarisation universitaire (baccalauréat, maîtrise ou doctorat) et donc avec un capital humain important. Ils devraient pouvoir intégrer rapidement le marché du travail et contribuer à l'économie de la province. Or, les statistiques et les études montrent que les immigrants récents, et notamment ceux arrivés depuis moins de cinq ans, enregistrent un taux de chômage sensiblement plus élevé que les natifs (Emploi-Québec, 2016; Institut de la statistique du Québec, 2021; Picot et al., 2014; Posca, 2016; Statistique Canada, 2021b).

²⁷ On peut retrouver le détail du calcul du facteur d'indexation à la page B-3 de l'Accord Canada-Québec disponible sur le site du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration . https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/immigration/publications-adm/accord/AC_canada_quebec_immigration_MIDI.pdf

²⁸ En 1993, le Québec a reçu 44 968 immigrants, puis le nombre d'admissions a chuté jusqu'en 1998 pour atteindre 26 509 Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2011). *Caractéristiques de l'immigration au Québec - Statistiques*. <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/caracteristiques-immigration-20122015.pdf>. Le montant compensatoire n'a pas été modifié à la baisse, il a continué à augmenter grâce au facteur d'indexation.

Figure 3: Caractéristiques de la population active au Québec selon le statut d'immigrant, données annuelles, taux de chômage, 15 ans et plus



Source : Statistique Canada (2020). Tableau 14-10-0083-01. Caractéristiques de la population active selon le statut d'immigrant, données annuelles.

Selon la Figure 3, l'écart diminue pour les immigrants arrivés depuis plus de cinq ans pour atteindre des taux quasiment équivalents à ceux des natifs après 10 ans de présence sur le sol québécois.

La sous-utilisation du capital humain des immigrants engendre des coûts directs et des coûts d'opportunités. Les coûts directs sont associés aux aides que les gouvernements provinciaux et fédéral sont amenés à apporter aux personnes immigrantes sans emploi (aide financière de dernier recours, indemnités de chômage, formations professionnelles, etc.). Les coûts d'opportunités concernent le manque à gagner, lié au « gaspillage de cerveaux » (brain waste)²⁹ (Reitz, 2001). Le montant estimé de ce gaspillage qui s'élevait à 4,8 M\$ en 1996 a augmenté considérablement en 10 ans pour atteindre 11,37 M\$ en 2006 (Reitz et al., 2014)³⁰. Barker (2020) l'a estimé pour le Canada en 2012 entre 2 et 15 milliards de dollars canadiens³¹.

²⁹ Le *brain waste*, ou gaspillage de cerveaux, représente la sous-utilisation des expertises des personnes immigrantes qui rencontrent des difficultés pour trouver un emploi à la hauteur de leurs qualifications.

³⁰ Reitz, J., Curtis, J. et Elrick, J. (2014, 2014/02/01). Immigrant Skill Utilization: Trends and Policy Issues. *Journal of International Migration and Integration*, 15(1), 1-26. <https://doi.org/10.1007/s12134-012-0265-1> ont utilisé les données des recensements de Statistique Canada de 1996, 2001 et 2006 et ont comparé les revenus des immigrants, leur niveau

Par ailleurs, l'intégration socioprofessionnelle est également un **enjeu politique**, notamment pour le Québec. En effet, pour assurer la pérennité du français, le gouvernement québécois avait pour objectif en 2016 d'atteindre un taux de 85% des travailleurs qualifiés sélectionnés parlant français pour 2019 (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016a). Cependant, entre 2009 et 2018, les personnes immigrantes admises au Québec ayant déclaré connaître le français a baissé, passant de 64% en 2008 à 50% en 2018 (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2019). Depuis 1977 et la promulgation de la loi 101 qui oblige, entre autres, les enfants d'immigrants à être scolarisés en français, le gouvernement a toujours montré sa détermination à intégrer les immigrants en français afin de maintenir l'usage de la langue française dans la province. Il offre ainsi la francisation gratuite aux immigrants qui viennent s'installer dans la province et des formations en francisation sur les lieux de travail. Lors de son exercice de planification de l'immigration pour 2020-2022, le MIFI proposait d'élargir l'accès aux services gouvernementaux de francisation à tous les immigrants admis pour « la réussite de la participation économique et sociale des personnes immigrantes ainsi que pour assurer la vitalité de la langue commune du Québec. » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2019, p. 38).

Enfin, l'intégration socioprofessionnelle constitue un **enjeu social** de taille. Annuellement, l'arrivée massive de personnes immigrantes sur le sol canadien et québécois particulièrement, soulève l'enjeu de leur intégration dans la société québécoise et celui du « vivre ensemble » en général. La cohésion sociale passe inévitablement par la fluidité de l'intégration sociale et surtout par le dépassement des tensions associées aux différences culturelles (Renaud et al., 2004).

Nous pensons également que la question de l'intégration a **une dimension morale**. En effet, avec l'« Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration *Au Québec pour bâtir ensemble* », le gouvernement du Québec signe un « contrat moral garant d'une intégration réussie » (Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles, 1990, p. 16) avec les immigrants de par la conception de bidirectionnalité de l'intégration. Celle-ci ne repose pas seulement sur les épaules des immigrants, mais est également une responsabilité du gouvernement québécois.

1.4.1. Définition de l'intégration professionnelle des immigrants

Afin de baliser notre ancrage sémantique de ce concept, nous présentons ici les dimensions de l'intégration professionnelle. Selon Béji et Pellerin (2010, p. 564), « ce concept renvoie à une intégration de l'individu sur le marché du travail correspondant à ses attentes, notamment en

d'études et les emplois occupés en fonction de leur niveau d'études. En utilisant la théorie du capital humain, ils ont calculé la perte de revenus de la sous-utilisation des compétences des immigrants.

³¹ Nous n'avons pas trouvé de données plus récentes sur les montants estimés du *brain waste* au Canada, ni d'études comme celles de Reitz réalisée à partir des données des recensements de Statistique Canada depuis 2006.

matière d'adéquation entre emploi et qualifications ». L'intégration des personnes immigrantes est un processus multidimensionnel différent selon les pays en fonction de leur histoire, de leurs institutions, de leurs valeurs et de leur culture (Piché, 2004) et qui est parfois source d'exclusion (Schnapper, 2007). C'est également un processus bidirectionnel entre les immigrants et la société d'accueil (Schnapper, 2007), « débouchant sur une participation active à la vie culturelle, sociale et politique et aboutissant à un sentiment d'appartenance à la nouvelle communauté » (Béji et Pellerin, 2010, p. 564). L'intégration n'est donc pas seulement culturelle, elle est également sociale et professionnelle. L'intégration sur le marché du travail est aussi importante que l'intégration sociale pour dire qu'une intégration est réussie. Cependant, évaluer la réussite de l'intégration des immigrants est un exercice complexe car, si l'on dispose d'indicateurs économiques pour ce faire, Piché (2004, p. 173) nous rappelle qu'« il est très difficile de définir une norme d'intégration réussie permettant de mesurer le degré d'intégration de sorte que ce qui pour certains constitue un indice d'intégration est considéré par d'autres comme le contraire » et que « la mesure de l'intégration est toujours normative, d'où l'importance de préciser la mesure-étalon ».

Nous avons choisi de traiter des défis et des barrières rencontrés par les immigrants dans leur intégration professionnelle.

1.4.2. Les défis et les barrières à l'intégration professionnelle des immigrants

Les nombreuses recherches réalisées sur l'intégration professionnelle des immigrants au Québec et au Canada montrent qu'il existe un paradoxe entre les politiques d'immigration sélectionnant des professionnels qualifiés selon des critères clairs et les dispositifs institutionnels qui dressent des barrières à leur intégration (Blain et al., 2012; Boyd et Schellenberg, 2007). En effet, même s'ils disposent d'un haut niveau d'études et d'une expérience professionnelle, les immigrants rencontrent plus de difficultés dans leur intégration professionnelle comparativement aux Canadiens natifs, notamment au Québec (Beauregard et al., 2019; Blain et al., 2012; Boudarbat et Boulet, 2010; Boudarbat et Cousineau, 2010; Bousmah et al., 2021; Brière, 2019; Castro et Villeneuve, 2019; Dubois, 2019; Dupuy, 1989; Eid et al., 2012; Forcier et Handal, 2012; Galarneau et Morissette, 2008; Girard et Smith, 2013; Girard et al., 2008; Lacroix, 2013; Lacroix et al., 2017; Lum et Vu, 2020; Madi, 2018; Namululi et al., 2018; Oreopoulos, 2011; Osaze, 2017; Otmani, 2020; Picot et al., 2014; Reitz et al., 2014; Vasik, 2019; Zietsma, 2010).

Les barrières à l'intégration socioprofessionnelle concernent principalement la langue française, la perception des employeurs et des comportements discriminatoires, les réseaux sociaux, l'origine des personnes immigrantes, leur âge et la reconnaissance des qualifications.

Les immigrants des nouveaux bassins d'origine arrivent de plus en plus avec une langue maternelle autre que le français, ce qui constitue un obstacle à leur intégration sociale et professionnelle puisqu'ils ont plus de difficultés à communiquer dans cette langue (Bousmah et al., 2021; Castro et Villeneuve, 2019; Galarneau et Morissette, 2008; Lum et Vu, 2020).

Aussi, les employeurs ont tendance à utiliser l'argument du manque d'expérience québécoise pour refuser les candidatures des personnes immigrantes (Forcier et Handal, 2012; Oreopoulos, 2011; Zietsma, 2010), ce que les immigrants considèrent comme un obstacle majeur à leur intégration (Forcier et Handal, 2012). Certains employeurs agissent par méconnaissance et ont de la difficulté à évaluer la valeur des diplômes et de l'expérience passée par rapport à ceux du Québec (Dupuis et Segal, 2020; Galarneau et Morissette, 2004; Zietsma, 2010). La perception des employeurs se traduit parfois par des comportements discriminatoires au stade de la sélection en lien avec le genre, l'origine ethnique ou encore la couleur de peau (Beauregard et al., 2019; Eid et al., 2012; Lacroix et al., 2017; Namululi et al., 2018; Oreopoulos, 2011; Otmani, 2020), et lors de l'intégration de ces personnes immigrantes en milieu de travail (Oreopoulos, 2011; Zietsma, 2010).

Les difficultés d'intégration des immigrants seraient également liées au manque de réseaux sociaux (Galarneau et Morissette, 2008; Zietsma, 2010) et de connaissance du marché du travail québécois (Forcier et Handal, 2012). Avec le temps, en se forgeant un réseau et en apprivoisant les règles de la société d'accueil et le marché du travail, la situation professionnelle (Boudarbat et Boulet, 2010) et financière (Picot et al., 2014; Reitz et al., 2014) de certains immigrants s'améliore.

Par ailleurs, plusieurs recherches montrent que l'intégration en emploi est plus difficile pour les personnes plus âgées arrivant avec une longue expérience professionnelle difficile à valoriser (Boudarbat et Boulet, 2010; Boudarbat et Cousineau, 2010) et pour lesquelles la transférabilité des compétences entre leur pays d'origine et le Québec est problématique (Blain et al., 2012). Aussi, le pays d'origine des personnes immigrantes exerce également une forte influence sur leurs revenus (Madi, 2018). L'intégration professionnelle et l'accès à un emploi correspondant à leurs compétences est plus difficile pour les personnes originaires d'Afrique du Nord, d'Asie de l'Ouest, d'Europe de l'Est, d'Amérique centrale ou d'Amérique du Sud alors que c'est plus facile pour les ressortissants des États-Unis ou d'Europe de l'Ouest (Boudarbat et Cousineau, 2010; Girard et al., 2008; Lacroix, 2013).

Enfin, alors que les travailleurs qualifiés sont sélectionnés selon leurs diplômes et leur expérience professionnelle, ils ont beaucoup de difficultés à faire reconnaître ce capital par les employeurs (Boudarbat et Boulet, 2010; Boudarbat et Cousineau, 2010; Forcier et Handal, 2012; Galarneau et Morissette, 2008; Osaze, 2017; Otmani, 2020; Zietsma, 2010) et ceci de manière plus marquée au

Québec qu'ailleurs au Canada (Forcier et Handal, 2012). La non-reconnaissance des titres de compétences étrangers serait encore plus difficile s'agissant des professions réglementées, au Québec comme au Canada (Abdul-Karim, 2018; Bédard et Massana Macià, 2018; Dubois, 2019; Galarneau et Morissette, 2008; Girard et al., 2008; Ozkan, 2020; Ozkan, 2018; Zietsma, 2010) certains dénonçant le corporatisme des ordres professionnels (Forcier et Handal, 2012). Cela peut prendre jusqu'à 10 ans pour voir les taux d'appariement des immigrants approcher ceux des natifs, et c'est, là encore, comme le montre le Tableau 2, particulièrement plus difficile au Québec (Zietsma, 2010).

Tableau 2: Taux d'appariement des immigrants ayant étudié à l'étranger et qui exerçaient la profession correspondante, selon le type d'immigrant et la province

	Canadiens de naissance	Immigrants ayant étudié à l'étranger
Province (%)		
Terre-Neuve-et-Labrador	63	60
Île-du-Prince-Édouard	63	37
Nouvelle-Écosse	60	40
Nouveau-Brunswick	62	37
Québec	59	19
Ontario	62	24
Manitoba	65	26
Saskatchewan	61	38
Alberta	62	31
Colombie-Britannique	62	22

Source : Statistique Canada, Recensement de la population, 2006

Source : Zietsma (2010)

Selon plusieurs études, certains travailleurs qualifiés occupent des emplois demandant un faible niveau de scolarité beaucoup plus fréquemment que les natifs (Galarneau et Morissette, 2008; Zietsma, 2010), ce qui est paradoxal puisque selon Galarneau et Morissette (2008, p. 1) « en 2006 la proportion d'immigrants récents détenteurs d'un diplôme universitaire était deux fois plus élevée que celle des Canadiens de naissance » et sont plus nombreux à posséder un diplôme universitaire (Zietsma, 2010). Si 50,2% des travailleurs qualifiés au Québec déclarent que leur emploi correspond tout à fait à leurs attentes (Boudarbat et Cousineau, 2010), la majorité ne trouve pas un emploi correspondant à celui occupé avant l'immigration, et ce, même après 10 ans d'établissement (Girard et al., 2008). Même si globalement, les cinq premières années passées au Canada sont les plus difficiles en terme d'intégration au marché du travail pour les immigrants, les écarts s'estompent avec le temps pour atteindre des taux presque identiques à ceux des natifs, sauf pour les immigrants d'Afrique du Nord et d'Asie qui connaissent un taux de chômage plus important que les

natifs (18,8% et 19,1%), les femmes de confession musulmane étant les plus touchées (Bougarbat et Boulet, 2010).

Au terme de cette section, la littérature nous a montré que les immigrants qui arrivent au Québec rencontrent plusieurs obstacles dans leur intégration professionnelle. Sélectionnés sur des critères comme leur diplôme ou leur formation professionnelle pour répondre aux besoins de main-d'œuvre des entreprises de la province, ils s'attendent à trouver un emploi à la hauteur de leurs compétences et à pouvoir exercer la profession qu'ils occupaient dans leur pays d'origine, ce qui n'est pas toujours le cas. S'agissant des professions réglementées, cela peut prendre jusqu'à 10 ans pour faire reconnaître ses diplômes et ses compétences pour enfin exercer sa profession. De plus, avoir un diplôme d'Asie, d'Amérique Latine ou des Caraïbes peut faire baisser la probabilité d'exercer une profession réglementée.

L'analyse de l'intégration socioprofessionnelle des immigrants voulant intégrer des professions réglementées nécessite la compréhension du fonctionnement du système professionnel au Québec et les transformations qui ont été opérées afin d'épouser les changements dans la politique de l'immigration et de l'intégration au Québec. C'est ce que nous proposons dans la deuxième partie de ce chapitre.

2. Les professions réglementées au Québec

À la différence des autres métiers, les professions disposent d'une autonomie, qui comprend le droit exclusif de décider qui est autorisé à accomplir le travail et comment celui-ci doit l'être (Freidson, 1984, p. 81)

Au Canada, pour décrire et classer les professions sur le marché du travail, le gouvernement a développé une taxinomie qui structure les professions en fonction de catégories et de groupes professionnels et selon le genre et le niveau de compétences nécessaires à l'exercice de la profession : la classification nationale des professions (CNP)³². Les travailleurs qualifiés qui immigreront au Canada et au Québec sont enregistrés dans la CNP qui correspond à leur profession.

³² Gouvernement du Canada. Classification nationale des professions. <http://cnp.edsc.gc.ca/Francais/debut.aspx>

Dans le cas des médecins et des infirmières, il s'agit des CNP 3111 pour les médecins spécialistes, 3112 pour les généralistes et la CNP 3012/3152 pour les infirmières³³.

Certaines professions au Canada et au Québec sont dites réglementées lorsqu'un permis délivré par un ordre professionnel est nécessaire à l'exercice de la profession. Cela concerne un peu moins de 20% de la population active canadienne (Girard et Smith, 2013). Chaque province possède son propre système professionnel, le nombre et le type d'organismes de régulation professionnelle variant selon les provinces. Le Tableau 3 montre que c'est au Québec que l'on compte le plus grand nombre de métiers et de professions réglementés (91) comparativement à l'Alberta (84), à l'Ontario (71) ou encore à la Colombie-Britannique (61) (Girard et Smith, 2013). Girard et Smith (2013, p. 227) montrent également dans leur étude que les immigrants reçus sont 19,51% à exercer une profession réglementée pour 23,46% des natifs.

Tableau 3: Nombre et proportion de professions et métiers réglementés, par province

Province	Number	%
British Columbia	61	11.82
Alberta	84	16.28
Saskatchewan	60	11.63
Manitoba	63	12.21
Ontario	71	13.76
Quebec	91	17.64
New Brunswick	61	11.82
Nova Scotia	62	12.02
Prince Edward Island	50	9.69
Newfoundland and Labrador	44	8.53

Source : Girard et Smith (2013, p. 224)

Au Québec, un ordre professionnel est défini comme un regroupement de personnes pratiquant la même profession reconnue légalement à titre d'ordre professionnel et dont la mission est de protéger le public³⁴. À cette fin, chacun des ordres contrôle la façon dont ses membres pratiquent la profession en vérifiant la compétence des nouveaux membres, en adoptant des règles sur la manière d'agir et en les faisant respecter³⁵. Leur principal rôle est de « s'assurer, dans le domaine qui leur est propre, que les professionnels offrent des services répondant aux normes de qualité et d'intégrité de la profession. Pour remplir le mandat qui leur est confié par la loi, chaque ordre professionnel possède un certain nombre de pouvoirs qui constituent autant de garanties pour la protection du

³³ Pour une information plus détaillée sur le niveau de compétences de ces trois types de professionnels, se référer au site du Gouvernement du Canada sur la Classification nationale des professions :

<https://noc.esdc.gc.ca/Accueil/Bienvenue?GoCTemplateCulture=fr-CA>

³⁴ Éducaloi, www.educaloi.qc.ca/jeunesse/capsules/les-ordres-professionnels

³⁵ Éducaloi, http://www.educaloi.qc.ca/loi/nos_autres_capsules/335/

public et qui assurent la qualité des services professionnels » (Office des professions du Québec, 2016).

Le Québec a adopté en 1973 une loi-cadre, le *Code des professions*, qui établit les rôles et responsabilités de chacun des acteurs du système professionnel québécois. Le nombre de plus en plus important de personnes immigrantes désirant exercer une profession réglementée a conduit l'État et les acteurs institutionnels liés au système professionnel à se coordonner et à mettre en place des mesures afin d'améliorer l'accès aux professions réglementées des professionnels formés à l'étranger.

Dans cette deuxième partie, nous traitons dans un premier temps de la réglementation des professions au Québec et les composantes du système professionnel québécois actuel. Ensuite, dans un deuxième temps, nous expliquons comment, en contexte d'immigration et à travers les exemples des médecins et des infirmières, les acteurs institutionnels se sont adaptés et ont mis en œuvre des mesures permettant aux immigrants de faire reconnaître leurs compétences et exercer leur profession.

2.1. La réglementation des professions au Québec

En 2022, le Québec compte 46 ordres professionnels qui réglementent les professions de plus de 411 000 membres³⁶. Ces ordres sont constitués conformément au *Code des professions* et doivent répondre aux exigences de cette loi-cadre (Office des professions du Québec, 2016).

Intégrées dans le système professionnel québécois, 55 professions réglementées³⁷ (dont 28 dans le domaine de la santé) sont régies par le *Code des professions*, des lois particulières et des règlements promulgués par le gouvernement. Les ordres professionnels, pour remplir leur mission de protection du public, s'assurent que leurs membres ont les connaissances et les compétences nécessaires pour exercer leur métier avec professionnalisme et offrir des services de qualité.

2.1.1. Le système professionnel québécois

C'est au Moyen-Âge que la réglementation et l'encadrement des professions apparaissent avec la constitution des premières guildes et associations (Freidson, 1984). Le Québec, colonisé par des Français et des Britanniques, adopte les mêmes usages qu'en Europe et voit apparaître, dès 1755, les premières règles encadrant la pratique de la médecine (Adams, 2018; Conseil interprofessionnel du Québec, 2017). Autrefois appelées corporations, les premières associations professionnelles créées

³⁶ Office des professions du Québec, Ordres professionnels. <https://www.opq.gouv.qc.ca/accueil>

³⁷ La liste des professions réglementées est disponible sur le site de l'Office des professions du Québec. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/2019-20_017_Tab-ordres-pro-04-08-2022.pdf

au Québec étaient composées de notaires, de médecins et d'avocats (Adams, 2018; Conseil interprofessionnel du Québec, 2017; Dussault, 1978b; Goulet et Gagnon, 2014).

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que la définition sociologique et juridique d'une profession est influencée par une idéologie, des pratiques (Chapoulie, 1973; Dubar et Tripier, 1998; Freidson, 1984), voire par une doctrine (Larson, 2013), portées depuis des siècles par les professionnels eux-mêmes dans le but de conserver leurs privilèges et leur pouvoir, ainsi que leur monopole d'exercice.

Gilles Dussault, sociologue québécois, l'exprime ainsi :

« Cette organisation du travail est construite autour de deux valeurs fondamentales : le contrôle du groupe occupationnel sur un ensemble d'activités et l'autonomie du praticien dans l'exercice et l'organisation de ces activités. C'est la compétence, qui est le produit du contrôle d'un savoir spécifique, qui sert de principal soutien à ces deux valeurs. » (Dussault, 1978a, p. 161)

Le système professionnel du Québec tel que nous le connaissons aujourd'hui naît en 1973, à la suite de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu) qui avait pour mandat de « faire enquête sur tout le domaine de la santé et du bien-être social »³⁸. L'Assemblée nationale du Québec adopte alors le *Code des professions*, loi-cadre qui régit la pratique de tous les ordres professionnels et précise les conditions d'exercice des différentes professions. C'est un « moment charnière » (Dussault, 1978a, p. 165) de l'histoire des professions dans la province qui donne un cadre juridique, définit les critères d'incorporation et voit la création d'un organisme de surveillance, l'Office des professions (OPQ). Les « lobbies » des professions se mobilisent alors fortement pour contrer cet encadrement institutionnel en demandant des modifications et en apportant des amendements lors de la Commission (Dussault, 1988). En échange de leur autonomie professionnelle, les ordres professionnels ont été obligés de se doter de codes de déontologie, de s'assurer que leurs membres ont les compétences nécessaires pour exercer leur profession conformément aux normes établies, de mettre en place un système de sanction des « délinquants » et des systèmes de délégation d'actes professionnels (Dussault, 1988, p. 129).

Concernant le système de sanction, en 1988, soit 15 ans après l'adoption du Code des professions, seuls le Collège des médecins (CMQ) et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) avaient des inspecteurs à temps plein qui contrôlent la qualité de l'exercice professionnel (Dussault, 1988). Quant à la délégation des actes professionnels, chaque profession maintient une chasse-gardée sur ses actes, définit et défend âprement son territoire, comme entre les médecins et les

³⁸ Bibliothèque et archives nationales. Québec.

http://pistard.banq.qc.ca/unite_chercheurs/description_fonds?p_anqid=2010022408390145&p_classe=E&p_fonds=170&p_centre=03Q&p_numunide=980

infirmières et les sage-femmes ou les infirmières et les infirmières auxiliaires (Dussault, 1988; Goulet et Gagnon, 2014).

Selon Dussault (1978b, p. 460) « [l]e phénomène du professionnalisme doit être analysé en termes de contrôle social. Le corporatisme professionnel est un mécanisme de contrôle de certaines activités sociales fondé sur l'autonomie de ceux qui exercent ces activités. Pour être légitime, cette autonomie doit être reconnue par l'État, mais elle doit aussi être reconnue socialement, par les clients des professionnels. » Si les professions obtiennent leur légitimité sociale par leurs clients, ce nouveau cadre leur donne maintenant une légitimité juridique.

Depuis la commission Nepveu-Castonguay et l'adoption du *Code des professions*, le système professionnel du Québec est composé du gouvernement du Québec, de l'Assemblée nationale, des ordres professionnels, de l'Office des professions du Québec et du Conseil interprofessionnel du Québec. Les rôles et responsabilités de chaque acteur sont présentés dans le Tableau 4.

Tableau 4: Le système professionnel québécois³⁹

Assemblée Nationale et Gouvernement	Votent les lois et entérinent les règlements adoptés par les ordres professionnels. Le ministre responsable de l'application de ces lois, généralement le ministre de la Justice, rend compte directement à l'Assemblée nationale.
Code des professions du Québec	Définit les normes, régit et encadre la pratique et le fonctionnement des différentes professions.
Office des professions du Québec (OPQ)	Organisme gouvernemental autonome, surveille et coordonne les ordres. Il détient le pouvoir d'intervenir auprès des ordres et de faire des recommandations au gouvernement, il supervise le système professionnel et veille à ce que chacun des ordres accomplisse adéquatement son mandat de protection du public utilisateur de services professionnels.
Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)	Organisme de conseil regroupant les ordres professionnels et reconnu par le Code des professions, soumet son avis au gouvernement.
Ordres professionnels du Québec	Au nombre de 46, ils régissent 55 professions réglementées ⁴⁰ . Les ordres jouent un rôle de surveillance de l'exercice des professions et sont autonomes dans la réalisation de leur mandat dans le cadre du <i>Code des professions</i> , de lois particulières et des règlements promulgués par le gouvernement. En plus de garantir la protection du public, qui est leur mandat principal, ils doivent s'assurer que les membres ont les connaissances et les compétences nécessaires pour exercer leur métier avec professionnalisme et offrir des services de qualité.

Source : OPQ, *Système professionnel*, <https://www.opq.gouv.qc.ca/systeme-professionnel>

Le système professionnel québécois distingue deux types de professions : les professions **d'exercice exclusif** et les professions à **titre réservé**. Dans le cas d'une profession à exercice exclusif, seuls les membres des ordres reconnus peuvent porter le titre et exercer les activités qui leur sont réservées par la loi (comme les médecins et les infirmières). Dans le cas d'une profession à titre réservé, bien que les membres de ces ordres n'aient pas le droit exclusif d'accomplir des activités

³⁹ La structure du système professionnel québécois est disponible sur le site de l'Office des professions du Québec. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Structure_du_syst%C3%A8me/2020-21_028_Sys-pro-web_17-02-2021.jpg

⁴⁰ Acupuncteur, Administrateur agréé, Agronome, Architecte, Arpenteur-géomètre, Audiologiste, Audioprothésiste, Avocat, Chimiste, Chiropraticien, Comptable professionnel agréé, Conseiller en ressources humaines agréé ou conseiller en relations industrielles agréé, Conseiller ou conseillère d'orientation, Criminologues, Dentiste, Denturologiste, Diététiste, Ergothérapeute, Évaluateur agréé, Géologue, Huissier de justice, Hygiéniste dentaire, Infirmière auxiliaire ou infirmier auxiliaire, Infirmière ou infirmier, Ingénieur, Ingénieur forestier, Inhalothérapeute, Interprète agréé, Médecin, Médecin vétérinaire, Notaire, Opticien d'ordonnances, Optométriste, Orthophoniste, Pharmacien, Physiothérapeute, Podiatre, Psychoéducateur ou psychoéducatrice, Psychologue, Sage-femme, Sexologue, Technicien dentaire ou technicienne dentaire, Technologiste médical, Technologue en imagerie médicale dans le domaine du radiodiagnostic, Technologue en imagerie médicale dans le domaine de la médecine nucléaire, Technologue en radio-oncologie, Technologue en électrophysiologie médicale, Technologue professionnel, Terminologue agréé, Thérapeute conjugal et familial, Thérapeute en réadaptation physique, Traducteur agréé, Travailleur social, Urbaniste. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Ordres_professionnels/54_professions_et_ordres_22_juillet_2015.pdf

professionnelles, l'utilisation du titre leur est réservée (comme les conseillers en ressources humaines par exemple).

Les ordres professionnels doivent veiller à la compétence de leurs membres afin de remplir leur mandat de protection du public. Pour ce faire, ils établissent des règlements, comme la vérification de l'équivalence de diplômes et de formation, l'expérience professionnelle ou encore en se dotant d'un code de déontologie. Finalement, ils contrôlent l'exercice des professions et délivrent le permis d'exercer la profession qu'ils régissent.

Pour pouvoir exercer une profession réglementée ou utiliser un titre professionnel, il faut détenir un diplôme québécois prévu par règlement ou encore un diplôme ou une formation reconnus équivalents par l'Ordre, avoir un permis d'exercer et être membre en règle de l'ordre professionnel dont dépend cette profession, en plus d'avoir une connaissance appropriée de la langue française. De plus, les professionnels ont l'obligation d'assurer le maintien et l'amélioration de leur compétence par la formation continue (Office des professions du Québec, 2016).

2.1.2. Le système professionnel québécois en contexte d'immigration

La mobilité internationale et l'arrivée de professionnels formés à l'étranger (PFE) ont amené les acteurs du système professionnel à se coordonner avec plusieurs autres acteurs institutionnels pour structurer la mobilité ainsi que la reconnaissance des diplômes et des compétences des PFE afin de leur permettre d'exercer leur profession (Dubois, 2019).

Plusieurs moyens ont alors été mis en œuvre. Nous présentons ici les ententes et accords de reconnaissance mutuelle que le gouvernement du Québec a signés avec différents partenaires, le Commissaire à l'admission aux ordres professionnels (le Commissaire) et le Pôle de coordination pour l'accès à la formation (le Pôle).

2.1.2.1. Les ententes et accords de reconnaissance mutuelle

Des accords nationaux et internationaux encadrant la reconnaissance professionnelle entre plusieurs provinces ou avec d'autres pays ont été conclus ces dernières années afin de faciliter la mobilité de la main-d'œuvre. Nous les avons regroupés dans le Tableau 5 en précisant le nom, la date et la teneur de l'accord ou de l'entente⁴¹.

⁴¹ Cette liste n'est pas exhaustive, nous nous sommes concentrée sur la profession de médecin et celle d'infirmière.

Tableau 5: Ententes et accords signés pour faciliter la mobilité de la main-d'œuvre au Québec

Accord sur le commerce intérieur⁴²	2009	Établit les clauses de la libre circulation des personnes, des produits et des services à l'intérieur du Canada. Le chapitre 7 sur la mobilité de la main-d'œuvre prévoit que « tout travailleur compétent pour exercer un métier ou une profession dans une province ou un territoire doit avoir accès à l'emploi dans ce domaine dans le reste du Canada » (CICDI, 2012)
Accord de commerce et de coopération entre le Québec et l'Ontario⁴³	2009	Vise à « promouvoir des mesures de soutien et une plus grande collaboration entre les ordres professionnels au Canada » (OPQ, 2012)
Cadre pancanadien d'évaluation et de reconnaissances des qualifications professionnelles⁴⁴	2009	Permet une plus grande collaboration entre les ordres au Canada, notamment concernant les professions suivantes : arpenteurs - géomètres, avocats, chiropraticiens, comptables généraux accrédités, comptables en management accrédités. Cet accord s'adresse également aux professionnels en ergothérapie, du domaine paramédical, les sage-femmes et les travailleurs sociaux (CICDI, 2012).
Entente sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM)	2008	Entente entre la France et le Québec. Elle permet aux professionnels des deux parties de pouvoir exercer dans l'un ou l'autre de ces territoires. Un Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) a été signé pour 27 professions ⁴⁵ (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2017b).
	2010	ARM entériné pour la profession de médecin.
	2011	ARM entériné pour la profession d'infirmière.
L'Accord économique et commercial global entre le Canada et l'Union européenne (AECG)	2017	Met en place une procédure visant à guider les autorités compétentes du Canada et de l'UE dans leurs pourparlers concernant la reconnaissance des qualifications professionnelles des candidats pour les professions et les métiers réglementés.

Synthèse de l'auteure. Sources : OPQ, MIFI, Centre d'information canadien sur les diplômes internationaux (CICDI), Conseil du trésor du Québec

⁴² Accord sur le commerce intérieur. Chapitre 7. <http://www.ait-aci.ca/labour-mobility/#07>

⁴³ Accord de commerce et de coopération entre le Québec et l'Ontario. http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/Nouvelles/signature_accord_quebec_ontario.pdf

⁴⁴ Cet accord pancanadien n'est pas reconnu par le Québec : https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/autre/FMMT_CadrePancan2009.pdf

⁴⁵ Administrateur agréé, Agronome, Architecte, Arpenteur-géomètre, Audioprothésiste, Avocat, Chimiste, Comptable professionnel agréé (CPA) auditeur / comptable agréé (CA), Dentiste, Évaluateur agréé, Infirmière, Ingénieur, Ingénieur forestier, Médecin, Opticien d'ordonnance, Orthophoniste, Pharmacien, Physiothérapeute, Thérapeute en réadaptation physique, Sage-femme, Technicien dentaire, Technologiste médical, Technologue en imagerie médicale et en radiooncologie, Technologue professionnel, Travailleur social, Urbaniste.

2.1.2.2. Le commissaire à l'admission aux professions (le Commissaire)

Depuis 2004, plusieurs commissions et groupes de travail se sont penchés sur l'accès à l'information concernant les ordres professionnels au Québec, la reconnaissance des compétences professionnelles et l'accès à des formations d'appoint pour les PFE (Bazergui et al., 2005; Bouchard et Taylor, 2008; Legault et al., 2005). À la suite de leurs recommandations, le gouvernement du Québec adopte en décembre 2009 la *Loi instituant le poste de Commissaire aux plaintes concernant les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles*⁴⁶ modifiant le *Code des professions*. Le premier Commissaire entre en fonction sept mois plus tard en juillet 2010.

Le Commissaire examine les plaintes reçues contre les ordres professionnels concernant les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles, vérifie les mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles pour l'accès à un ordre professionnel, fait un suivi de la collaboration entre les ordres professionnels et les établissements d'enseignement en ce qui concerne les stages et la formation exigés par les ordres professionnels pour la reconnaissance des compétences professionnelles (Office des professions du Québec, 2017). Totalement indépendant dans l'exercice de sa fonction, il émet des conclusions, fait des recommandations et publie des dossiers concernant la reconnaissance des compétences professionnelles, des résumés et rapports de vérification, d'activité et statistiques (Office des professions du Québec, 2017).

Entre le 27 juillet 2010⁴⁷ et le 31 mars 2021, le commissaire aux plaintes a traité 214 dossiers. Les principaux ordres professionnels touchés par des plaintes sont : l'Ordre des ingénieurs du Québec (29 plaintes), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (20 plaintes), l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (14 plaintes), l'Ordre des technologistes médicaux du Québec (11 plaintes) et ex-aequo, le Collège des médecins et l'Ordre des conseillers en ressources humaines du Québec (10 plaintes) (Commissaire à l'admission aux professions, 2021).

En août 2016, le gouvernement du Québec lance une consultation particulière sur son projet de loi n°98⁴⁸, *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*. Cette loi est adoptée le 6 juin 2017 et modifie, entre autres, le nom, le rôle et les responsabilités du Commissaire (Vallée, 2016). Ce dernier s'appelle désormais le *Commissaire à l'admission aux professions* et ses compétences sont notamment élargies aux processus et activités relatifs à l'admission des PFE mais également des profils atypiques et des professionnels formés au Québec, aux acteurs institutionnels et aux tierces parties, ainsi qu'aux

⁴⁶ https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/PL53_2009_LoiCommissaire.pdf.

⁴⁷ Date de l'entrée en fonction du Commissaire.

⁴⁸ Assemblée nationale, Travaux parlementaires, Commission des institutions, Projet de loi n°98 : Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel, <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/ci/mandats/Mandat-35519/index.html>

accords et ententes de mobilité (Houle, 2017). De plus, il peut maintenant donner des avis, faire des recommandations et effectuer les études et les recherches qu'il juge utiles ou nécessaires à l'exercice de ses fonctions (Houle, 2017; Vallée, 2016).

2.1.2.3. Le pôle de coordination pour l'accès à la formation (le Pôle)

Selon plusieurs auteurs (Blain et al., 2012; Dauphinée, 2007) une meilleure coordination entre les acteurs, notamment entre les ordres professionnels et les établissements d'enseignement, serait le gage d'une reconnaissance des compétences professionnelle plus efficace car actuellement, ce manque de coordination constitue une véritable barrière à l'exercice de leur profession. En 2010, suivant la création du poste de Commissaire aux plaintes et pour se conformer à l'article 12 du *Code des professions* qui vise la collaboration entre les ordres professionnels et les établissements d'enseignements, le *Pôle de coordination pour l'accès à la formation prescrite par les ordres professionnels ainsi qu'aux stages* est créé par l'OPQ, en concertation avec le ministère de l'Enseignement du Loisir et des Sports (MELS). Son mandat est de « prendre les mesures visant à favoriser la collaboration entre les établissements d'enseignement et les ordres professionnels en vue d'un meilleur accès aux formations prescrites par les ordres professionnels ainsi qu'aux stages imposés aux personnes formées hors du Québec » (Office des professions du Québec, 2014, p. 5). Y participent des représentants des acteurs de la reconnaissance des compétences professionnelles : le MIFI, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), le CIQ, la Fédération des cégeps, le Bureau de coopération international (BCI) (Office des professions du Québec, 2014).

L'efficacité du Pôle en termes de coordination et de collaboration des partenaires sur la reconnaissance des compétences professionnelles a été remise en question lors de la consultation publique sur le Projet de loi 98, notamment par le CIQ. En effet, on peut lire dans le mémoire déposé par ce dernier que : « [...] sur ces deux aspects, l'action et l'engagement, le Pôle a échoué et rien ne permet de penser qu'il en sera autrement à l'avenir » (Conseil interprofessionnel du Québec, 2016, p. 14).

La loi 98 adoptée en juin 2017 modifie le nom du Pôle et lui attribue des fonctions précises. Le nouveau *Pôle de coordination pour l'accès à la formation* « a pour fonction de dresser un état de situation de cet accès, d'identifier les problèmes et les enjeux liés à la formation, d'identifier les besoins en collecte de données à des fins statistiques, d'assurer la collaboration entre les ordres professionnels, les établissements d'enseignement et les ministères concernés et de proposer des solutions aux problèmes identifiés » (Vallée, 2016 art. 16.24). De plus, il doit maintenant faire rapport tous les ans de ses activités au gouvernement.

Nous avons vu dans cette deuxième partie que pour exercer une profession réglementée au Québec, il faut obtenir de l'ordre professionnel concerné un permis d'exercice de la profession. Les ordres professionnels ont la responsabilité de s'assurer que leurs membres ont les compétences nécessaires à l'exercice de leur profession afin de répondre leur mission de protection du public.

La mobilité internationale de la main-d'œuvre et l'arrivée de plus en plus importante de professionnels formés à l'étranger a conduit le système professionnel québécois à s'adapter. Les acteurs institutionnels doivent, de plus en plus, s'organiser et se coordonner pour ouvrir les portes des ordres en matière de reconnaissances des diplômes et des compétences acquis à l'extérieur du Québec.

Puisque cette recherche porte plus spécifiquement sur la profession de médecin et celle d'infirmière, nous proposons dans une troisième partie du chapitre un état des connaissances sur la reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences des médecins et infirmières immigrants qui veulent exercer leur profession au Québec.

3. Exercer comme médecin ou infirmière au Québec quand on est immigrant diplômé à l'étranger

« The career development of FTIRPs is unique and affected by the dynamic interaction between internal and external barriers. These barriers for FTIRPs include navigating the change in personal and social identity, since they are unable to practice their profession until licensed; facing bias in the licensing process, which presents structural barriers to getting their license; acculturating to the host country, which affects their post-immigration adjustment; and facing employment inequities, which can create additional challenges. The dynamic interaction of these factors can delay or halt the FTIRPs employment and career development ». (Novak et Chen, 2013, p. 21)

À l'instar de la plupart des pays de l'OCDE, le Canada fait face à des besoins grandissant de professionnels du domaine de la santé, notamment de médecins et d'infirmières (OCDE, 2015). La migration internationale devient une solution permettant de répondre à ces besoins. Nous avons vu dans la première partie de ce chapitre que pour pouvoir travailler au Canada et au Québec, les professionnels formés à l'étranger doivent passer à travers un processus d'immigration, permanente ou temporaire. Également, dans la deuxième partie de ce chapitre, nous avons exposé les obligations institutionnelles liées à l'exercice d'une profession réglementée au Québec, soit la délivrance d'un permis d'exercice de la profession. Dans cette troisième partie, nous traitons d'abord de la migration internationale des médecins et des infirmières. Ensuite, nous présentons rapidement le portrait des médecins et des infirmières immigrants sélectionnés par le Québec. Pour

finir, nous faisons un tour d'horizon de la situation de la reconnaissance des compétences de ces professionnels formés à l'étranger.

3.1. La migration internationale des médecins et infirmières vers le Canada

Les migrations à travers le monde ne cessent d'augmenter depuis le début des années 2000, notamment celle des médecins et des infirmières vers les pays de l'OCDE (OCDE, 2015; OECD, 2019). Selon l'OECD (2019), le nombre de médecins et d'infirmières formés à l'étranger et travaillant dans un pays de l'OCDE a augmenté respectivement de 50% entre 2006 et 2016 et de 20% entre 2011 et 2016. Ce sont les États-Unis qui accueillent le plus de médecins (42%) et d'infirmières (45%) immigrants alors que le Canada est le cinquième pays de destination de ces professionnels formés à l'étranger avec 5% dans chacune des deux professions (OECD, 2019).

Le nombre de diplômés internationaux en médecine travaillant au Canada est demeuré assez stable entre 2000-2001 (35,1%) et 2015-2016 (38%), alors que celui des infirmières diplômées hors Canada a augmenté, passant de 17,2% en 2000-2001 à 24% en 2015-2016 (OECD, 2019).

Les chiffres de l'OECD (2019) montre qu'au Canada, la moitié de l'augmentation du nombre total de médecins entre 2010-2011 et 2015-2016 est attribuable à l'immigration, alors que pour les infirmières on parle du tiers.

Le nombre de médecins et d'infirmières nés à l'étranger exerçant leur profession était en 2010 supérieur au nombre de médecins et infirmières diplômés à l'étranger exerçant leur profession. La raison vient de l'obligation pour certains de reprendre leurs études, confrontés à la problématique de la non-reconnaissance de leurs formations (OCDE, 2015).

Afin de lutter contre le risque de fuite des cerveaux⁴⁹ (*Brain drain*) et la fragilisation des systèmes de santé de certains pays qui voient leurs professionnels immigrer massivement vers des pays de l'OCDE notamment, l'OMS a adopté un code de pratique mondial en 2010 (Braichet, 2010) afin d'encadrer les pratiques de recrutement international de personnel de la santé. Peu contraignant juridiquement, et même s'il ne règle pas la situation, le code de l'OMS a le mérite d'avoir été approuvé par les membres de l'OMS et de donner des règles en matière d'éthique dans le recrutement de professionnels de la santé formés à l'étranger afin de réduire la fuite des cerveaux des pays en développement (Braichet, 2010; OCDE, 2015; OMS, 2010).

⁴⁹ Organisation internationale pour les migrations. Termes clés de la migration. « Fuite des cerveaux : Émigration permanente ou de longue durée de travailleurs qualifiés qui se réalise au détriment du développement économique et social du pays d'origine. Par extension, le terme désigne également la mobilité étudiante, flux potentiel de travailleurs qualifiés. L'expression « fuite des cerveaux » évoque l'existence d'un taux d'exode considéré comme excessif par le pays d'origine. Le phénomène de fuite des cerveaux n'affecte pas uniquement les pays en développement ; il touche également, dans des proportions variables, les pays développés ». <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>

Les années 1990 ont été marquées au Canada et au Québec par des difficultés économiques et les coupes budgétaires dans le domaine de la santé ont eu un impact important pour les infirmières (Tremblay, 2014). Durant les années 2000, la reprise économique dans les pays de l'OCDE s'est accompagnée d'une pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé et de la hausse de l'immigration dans ce secteur (OCDE, 2015). Le vieillissement des populations des pays de l'OCDE et le ralentissement démographique pour certains d'entre eux, comme le Canada, ont accéléré les besoins de personnel dans le domaine de la santé, en particulier les médecins et les infirmières. On parle de plus en plus de pénurie de main-d'œuvre dans ce secteur. Le Québec est d'ailleurs particulièrement touché par ces pénuries et encourage l'immigration de ces professionnels formés à l'étranger.

3.2. La sélection des médecins et des infirmières immigrants au Québec

Au Québec, la profession de médecin est devenue admissible à l'immigration en 2002⁵⁰. Depuis 2004, lors de la demande du Certificat de sélection du Québec (CSQ), les médecins doivent signer un formulaire dans lequel ils certifient comprendre qu'ils ne pourront pas forcément exercer leur profession au Québec (Annexe 9 et Annexe 10) et qu'ils devront possiblement reprendre leurs études. Dans ce document, ils sont également informés que la profession de médecin au Québec est réglementée par un ordre professionnel et qu'il est de leur responsabilité de faire les démarches d'accès à l'ordre et ce, le plus rapidement possible.

Tableau 6: Profession projetée (CNP) des immigrants actifs de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec de 1995 à 2018

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
3152(3012) - Infirmier autorisé	61	40	16	10	10	17	29	74	89	159	178	175	223	262	273	399	503	644	775	830	611	1 221	2 222	2 115	10 936
3111 - Médecin spécialiste	6	11	7	9	9	7	6	15	17	66	104	96	150	180	159	216	166	156	148	110	88	73	55	47	1 901
3112 - Omnipraticien et médecin en médecine familiale	5	10	7	13	11	5	9	9	10	37	57	68	106	123	130	144	147	123	131	110	62	61	37	45	1 460

Source: ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, Direction de la recherche et de l'analyse prospective (traitement à la demande de l'auteure en juillet 2014 et juillet 2021)

⁵⁰ Le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration a publié le 24 octobre 2002 une note sur les procédures d'immigration qui explique que « En raison de la pénurie actuelle touchant les emplois liés au domaine de la santé et pour faciliter l'accès aux corporations professionnelles de la clientèle immigrante, les professions de médecins spécialistes (CNP 3111) et d'omnipraticiens et médecins en médecine familiale (CNP 3112) sont retirées de la Liste des professions inadmissibles. » Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration. Direction des Services d'Immigration à l'étranger. Note sur les procédures d'immigration no 2002-007. Retrait des professions de médecins spécialistes (CNP 3111) et d'omnipraticiens et médecins en médecine familiale (CNP 3112) de la liste des professions inadmissibles. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/gpi-npi/npi_2002/npi2002-007.pdf

Comme on peut le constater dans le Tableau 6, le nombre de médecins et d'infirmières admis au Québec entre 1995 et 2018 et qui projetaient d'exercer leur profession a augmenté régulièrement depuis 2004. Le nombre de médecins spécialistes et généralistes a connu une progression importante à la suite de l'autorisation de la profession à l'immigration en 2002, mais connaît une baisse régulière depuis 2014, contrairement aux infirmières dont le nombre d'admissions a explosé depuis 2016. Nous examinons ces chiffres plus en détail dans les chapitres 4 et 5 consacrés aux résultats de cette recherche.

3.3. La reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences

Il existe une littérature abondante décrivant les défis de la reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences des professionnels formés à l'étranger au Canada et au Québec en particulier (Alboim et al., 2005; Bazergui et al., 2005; Bédard, 2014; Bédard et al., 2018; Bédard et Massana Macià, 2018; Bédard et Roger, 2015; Bédard et Zaidman, 2019; Belkhdja et Forgues, 2009; Blain et al., 2012; Bouchard et Taylor, 2008; Chicha et Charest, 2008; Conseil interprofessionnel du Québec, 2019, 2020; Doucet et St-Laurent, 2018; Dubois, 2019; Dumas-Martin, 2014; Échavé et al., 2009; Galarneau et Morissette, 2008; Legault et al., 2005; Lofters et al., 2014; Lum et Vu, 2020; OCDE, 2015; Otmani, 2020; Ozkan, 2020; Ozkan, 2018; Tremblay, 2018; Walton-Roberts, 2020). Plusieurs acteurs institutionnels doivent se coordonner lors des processus de reconnaissance des diplômes et de l'évaluation des compétences des PFE sans qu'il y ait toutefois un mécanisme formalisé où les rôles et responsabilités de chacun sont décrits et expliqués. Nous avons regroupé ces acteurs dans un tableau synthétique que nous exposons dans une première sous-section. Nous faisons ensuite état des moyens mis en œuvre par les acteurs institutionnels pour améliorer les processus de reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences des PFE.

3.3.1. *Les acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants*

Nous présentons ici un tableau synthétique non exhaustif des principaux acteurs impliqués dans la reconnaissance des acquis et des compétences des médecins et des infirmières formés à l'étranger. Nous y décrivons succinctement leur rôle concernant la reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences des PFE. Nous les classons selon trois niveaux : d'abord le **niveau macro** pour les acteurs institutionnels, ensuite le **niveau méso** qui regroupe les organismes et organisations du système professionnel impliqués pour les deux professions choisies ainsi que les établissements d'enseignement concernés et tous les organismes financés par les différents ministères pour accompagner les PFE dans leur intégration professionnelle. Enfin, au **niveau micro**, nous plaçons les PFE, les réseaux de particuliers, formels et informels. Ce tableau a été réalisé à partir de

l'analyse des sites des acteurs listés et de la documentation disponible, tels que les différents rapports du Commissaire ou le Guide des procédures d'immigration du MIFI. Pour chaque acteur nommé dans le tableau, nous avons proposé une courte synthèse des mandats ou missions en lien avec la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants.

Tableau 7: Les principaux acteurs de la reconnaissance des diplômes et de l'évaluation des compétences des DCHEU et des IDHC

Niveau MACRO	
Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI)	Sélectionne les travailleurs qualifiés et octroie des points selon le niveau d'étude, le domaine de formation, la connaissance du français. Informe les candidats à l'immigration des conditions d'exercice d'une profession réglementée.
Emploi-Québec (EQ)	Travaille en collaboration avec le MIFI pour déterminer les professions en demande.
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Recrutement Santé Québec (RSQ)	Détermine les besoins de main-d'œuvre et fait le lien entre les ARM, les candidats à l'immigration médecins et infirmières.
Ministère des Relations internationales et de la Francophonie (MRIF)	Négocie et signe les ententes internationales pour la mobilité professionnelle et la reconnaissance des diplômes des PFE.
Ministère de l'Éducation, de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche (MEESR)	Offre des parcours de formation accessibles, flexibles, adaptés aux besoins des étudiants qui leur permettront d'acquérir les connaissances et les compétences utiles à leur réussite personnelle et professionnelle.
Niveau MESO	
Le Collège des Médecins du Québec (CMQ)	Est responsable de la reconnaissance des diplômes et des compétences. Analyse les demandes des immigrants, délivre l'équivalence MD et octroie le permis d'exercice quand toutes les conditions sont réunies.
L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ)	Est responsable de la reconnaissance des diplômes et des compétences. Analyse les demandes des immigrants, détermine les besoins de formation et octroie le permis d'exercice quand toutes les conditions sont réunies.
Office québécois de la langue française (OQLF)	Gère l'examen de français attestant de la connaissance suffisante de la langue pour exercer sa profession.
Commissaire à l'admission aux professions	Reçoit et traite les plaintes concernant la reconnaissance des compétences professionnelles. Assure l'accès équitable, efficace et efficient aux

	<p>professions réglementées des PFE.</p> <p>Donne des avis, fait des recommandations et effectue études et recherches jugées utiles et nécessaires.</p>
Pôle de coordination pour l'accès à la formation	Favorise la collaboration de tous les acteurs.
Le Bureau de coopération interuniversitaire (BCI)	Informe les diplômés hors du Canada et des États-Unis en médecine (DHCEU) des règles gouvernant leur admissibilité à entreprendre un programme de formation médicale postdoctorale au Québec.
Les universités québécoises ayant une faculté de médecine (McGill, Université de Montréal, Université Laval, Université de Sherbrooke)	<p>Définissent les syllabus, la formation médicale et son contenu. L'analyse des formations internationales est une prérogative des universités.</p> <p>Responsables de la reconnaissance des diplômes et des compétences acquis à l'étranger.</p> <p>Se concertent et élaborent des projets communs.</p>
Les cégeps québécois dispensant la formation d'appoint pour les infirmières diplômées à l'étranger (Cégep Limoilou, Cégep de Sherbrooke, Cégep du Vieux-Montréal, Cégep Édouard-Montpetit)	Dispensent les formations préuniversitaires et techniques ainsi que de la formation continue. Dans le cadre de cette dernière, les quatre cégeps dispensent la formation d'appoint des infirmières formées à l'étranger « Intégration à la profession d'infirmière du Québec. »
Le CÉDIS (MSSS)	Offre des conseils et propose un programme et des services aux médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) n'ayant pas été admis en résidence dans une faculté de médecine du Québec via le CaRMS.
Le CREMCV - Montréal (Emploi-Québec)	Coordonne le programme de transition de carrière pour les médecins et autres professionnels de la santé diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU).
Les organismes financés par le MIFI	Offre le Service d'information sur les professions réglementées et l'accompagnement dans la recherche d'emploi.
Niveau micro	
PFE	Les médecins et infirmières immigrants
Réseaux personnels	Amis, familles
Réseaux sociaux	Groupes Facebook, blogues de médecins et infirmières ayant immigré au Québec, blogues et sites pour immigrants, etc.

Synthèse de l'auteure. Sources : MIFI, EQ, MSSS, RSQ, CMQ, OIIQ, OQLF, OPQ, BCI, CÉDIS.

Comme on peut le constater, un nombre important d'acteurs doivent se coordonner dans le processus de reconnaissance des diplômes et des compétences des PFE. Plusieurs chercheurs, qui remettent en question l'efficacité de cette coordination, s'interrogent également sur la question de la communication entre les acteurs et avec les immigrants (Alboim et al., 2005; Blain et al., 2012; Chicha et Charest, 2008; OCDE, 2015).

3.3.2. Les mesures mises en œuvre pour une meilleure reconnaissance des compétences des PFE

Conscient des difficultés rencontrées par les PFE dans le processus de reconnaissance de leurs diplômes et de leurs compétences, le gouvernement du Québec a mis en place des groupes de travail pour tenter de trouver des solutions et de proposer des pistes d'amélioration. En 2004-2005, un groupe de travail composé de parlementaires a lancé une consultation et produit un rapport qui identifie trois difficultés dans la reconnaissance des compétences professionnelles : l'accès à l'information, la reconnaissance des acquis et l'accès à la formation d'appoint (Legault et al., 2005). En 2005, une équipe de travail, composée de représentants des ordres professionnels, d'établissements d'enseignement et du gouvernement ont produit un rapport proposant des actions pour répondre à ces trois difficultés précédemment identifiées : donner de l'information via des fiches d'information ; plus de souplesse pour délivrer de nouvelles formes de permis (restrictifs temporaires ou spéciaux), réaliser une évaluation des ordres professionnels et prendre les actions nécessaires ; concevoir de nouveaux outils de reconnaissance et mettre en place des mesures de préparation des candidats immigrants pour la formation ou des examens ; faciliter l'accès à la formation d'appoint (français ou technique profession), notamment pour les infirmières (Bazergui et al., 2005). En 2009, un groupe de travail a été chargé de proposer des solutions pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec (Échavé et al., 2009).

De ces propositions ont découlé des actions concrètes : les ordres professionnels ont réalisé leur autoévaluation sur leurs pratiques en matière de reconnaissance d'une équivalence de diplôme et de formation acquis hors du Québec soutenus par le CIQ en 2006-2007⁵¹; le *Code des professions* a été modifié afin d'habiliter les ordres à délivrer des permis spéciaux restrictifs à partir de 2006⁵², le poste de Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissances professionnelles est créé suite aux recommandations de la Commission Bouchard-Taylor (Bouchard et Taylor, 2008). Le Collège des médecins du Québec (CMQ) propose maintenant sur son site internet de l'information sur les étapes à franchir pour obtenir un permis d'exercice et offre depuis l'automne 2009 des séances d'information sur l'admission en résidence pour les diplômés hors Québec, organisée par les facultés de médecine afin d'aider les candidats à monter leur dossier et préparer les entrevues. L'OIIQ met à disposition sur son site internet un guide de formation destiné aux infirmières diplômées à l'étranger pour qu'elles se préparent à l'examen et se familiarisent avec le contexte de

⁵¹ OPQ. Méthodes et approches. <http://www.opq.gouv.qc.ca/commissaire/autredoc/methodes-approches/>

⁵² Projet de loi n°14 : Loi modifiant le Code des professions concernant la délivrance de permis. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-14-37-2.html>

l'exercice de la profession au Québec, ainsi qu'un document d'autoapprentissage sur les aspects juridiques, déontologiques et éthiques de la pratique infirmière au Québec. De plus, l'OIIQ a conclu une entente avec le MIDI visant à faciliter l'échange d'expertise sur l'évaluation des diplômes des infirmières formées à l'étranger en simplifiant les démarches par la création d'un formulaire conjoint. Finalement, l'OIIQ a mis en œuvre un programme de formation d'appoint pour les infirmières formées à l'étranger.

En suivi des recommandations du groupe de travail sur les DHCEU, le MSSS a mis en place en 2010 un mécanisme d'évaluation-orientation qui est administré par le Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé (CÉDIS). Le CÉDIS évalue la candidature de DHCEU dont le dossier a été refusé par le CaRMS et offre un soutien au candidat soit en l'envoyant faire un stage de mise en contexte clinique et d'évaluation des compétences médicales, soit en l'orientant vers une autre profession⁵³.

Enfin, dans le but de « faciliter et [d']accélérer l'acquisition d'un permis pour l'exercice d'une profession, d'une fonction ou d'un métier réglementé(e) au Québec ou en France par l'adoption d'une procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles »⁵⁴, l'Entente Québec-France sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles est signée en 2008. L'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) pour les médecins est entré en vigueur en 2010, suivi en 2011 par celui des infirmières⁵⁵

En plus du suivi des recommandations des rapports précédemment mentionnés, un Comité interministériel sur la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes formées à l'étranger réunissant plusieurs acteurs⁵⁶ de la reconnaissance des compétences des PFE a été constitué en 2014 et a remis son rapport en 2017 (Comité interministériel sur la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes, 2017). Les travaux de ce comité ont mené à la présentation de parcours-types de la reconnaissance des compétences des PFE et à plusieurs recommandations et propositions d'actions à mettre en œuvre⁵⁷. Cette même année, comme nous

⁵³ CÉDIS. <http://www.CÉDIS.ca/index.php>.

⁵⁴ Ministère des Relations internationales et de la francophonie. <http://www.mrif.gouv.qc.ca/fr/ententes-et-engagements/ententes-internationales/reconnaissance-qualifications/entente-quebec-france>

⁵⁵ MIFI. Liste des professions pour lesquelles un arrangement de reconnaissance mutuelle a été signé. <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/arm/Liste-professions-ARM.pdf>

⁵⁶ Ces acteurs sont les suivants : Commission des partenaires du marché du travail, Conseil interprofessionnel du Québec, Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, Ministère des Relations internationales et de la Francophonie, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Office des professions du Québec, Office québécois de la langue française.

⁵⁷ Nous verrons dans le Chapitre 3 - Cadre méthodologique comment nous avons utilisé un de ces parcours-types.

l'avons exposé précédemment, les mandats et missions du Commissaire à l'admission aux professions et du Pôle de coordination sur la formation d'appoint ont été modifiés par la *Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*. Également, la préparation et l'organisation de *La Grande Rencontre sur l'accès aux professions réglementées et à l'emploi pour les professionnels immigrants formés à l'étranger* qui a eu lieu en octobre 2017 a été confiée à l'Office des professions du Québec (OPQ) par le gouvernement du Québec. L'OPQ a bénéficié de l'appui de six ministères pour ce faire : le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), le ministère des Relations internationales et de la Francophonie (MRIF) et le ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion (MIDI) (Gouvernement du Québec, 2017). Cette journée avait pour objectif « d'échanger sur les solutions proposées » résultant de nombreuses consultations réalisées en amont par les ministères concernés et leurs partenaires. Nous traitons des actions proposées et mises en œuvre à la suite de cet exercice concernant les médecins et les infirmières formés à l'étranger dans les Chapitre 4 - Résultats DHCEU et Chapitre 5 – Résultats IDHQ.

Ainsi, depuis une quinzaine d'années, les différents acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences professionnelles des immigrants essaient de se coordonner et ont mis en œuvre un certain nombre de mesures d'amélioration du système afin de faciliter l'accès aux professions réglementées au Québec pour les PFE. Cependant, plusieurs études montrent qu'il reste encore du chemin à parcourir tant dans la coordination des acteurs que dans les barrières que rencontrent encore les PFE en général, et les médecins et les infirmières en particulier.

3.4. Les barrières de l'accès aux professions réglementées du Québec pour les professionnels de la santé formés à l'étranger

La littérature scientifique souligne les difficultés rencontrées lors du processus de reconnaissance des diplômes et de l'évaluation des compétences des PFE. En 2014, le Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CERIS) a fait une synthèse des publications parues entre 2009 et 2013 (Kelly et al., 2014) dans laquelle plus de 400 références sur la reconnaissance des diplômes et des compétences des professionnels formés à l'étrangers ont été compilées. Le rapport souligne « le besoin d'accroître la portée des études qualitatives pouvant donner un aperçu des obstacles à la reconnaissance des titres de compétences et de la réussite sur le marché du travail dans certains domaines professionnels et au sein de certaines communautés ethniques ». En effet, comme le

souligne Guo (2007), les diplômés de professionnels formés dans les pays en voie de développement, par exemple, seraient perçus comme de qualité inférieure à ceux des pays industrialisés. Il déclare également que l'utilisation d'un modèle universel de reconnaissance des compétences pose problème : « *By applying a one-size-fits-all criterion to measure immigrants' credentials and experience, liberalism denies immigrants opportunities to be successful in a new society* » (Guo, 2007, p. 38).

Au Canada, l'accès aux professions réglementées du secteur de la santé reste difficile pour les diplômés de l'étranger (Bauder, 2003; Belkhdja et Forgues, 2009) même s'il a été démontré que plus tôt ils ont leur permis, mieux ils réussissent et plus nombreux ils sont à exercer leur profession d'origine (Banerjee et Phan, 2014). Au Québec, les PFE du secteur de la santé mettent plus de temps que les autres professionnels à trouver un emploi qualifié et ce sont les personnes seules qui éprouvent le plus de difficultés à trouver un emploi qualifié (Lacroix, 2013). Dans ce secteur, le taux de non-concordance avec l'emploi correspondant à la scolarité a fortement augmenté entre 1991 et 2001. Il est passé de 11% à 23% pour les médecins et de 30% à 47% pour les infirmières alors qu'il n'était que de 1% vs 4% pour les natifs (Galarneau et Morissette, 2004). La problématique demeure de faire reconnaître leurs titres de compétences étrangers (Banerjee et Phan, 2014; Bourgeault, 2007; Forcier et Handal, 2012; Galarneau et Morissette, 2004, 2008; Zietsma, 2010), les DHCEU vivant de la discrimination dans l'accès aux professions réglementées (Doucet et St-Laurent, 2018).

Comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs acteurs sont impliqués dans la reconnaissance des compétences professionnelles de diplômés étrangers. Certaines études pointent la complexité ou le manque de coordination et de collaboration entre ces acteurs et parfois le manque de cohérence dans l'information transmise, voire l'existence de contradictions entre eux (Alboim et al., 2005; Bédard et al., 2018; Belkhdja et Forgues, 2009; Blain et al., 2012; Chicha et Charest, 2008). Devant la difficulté d'avoir accès à une information adéquate (Baldacchino et al., 2007; Bourgeault, 2007), les professionnels formés à l'étranger ont de la difficulté à se retrouver dans le dédale des politiques, pratiques et procédure d'accès aux ordres professionnels (Bourgeault, 2007). C'est sans compter le temps et les coûts reliés aux demandes d'accréditation qui est un processus long et difficile (Baldacchino et al., 2007; Bourgeault, 2007). De même, certains abandonnent en cours de route à cause de la longueur du processus de reconnaissance des compétences professionnelles, de l'accès à la formation d'appoint ou à un stage, des coûts reliés aux procédures de reconnaissance ou de leur peine à comprendre le système professionnel (Bédard et al., 2018; Conseil interprofessionnel du Québec, 2019, 2020). Ce sont d'ailleurs les professionnels de la santé diplômés à l'étranger qui vivent le plus grand déclassement (Banerjee et Phan, 2014).

La signature d'accords entre gouvernements et organes de réglementation comme les Arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) entre la France et le Québec semble une solution à ce type de barrières et pour réduire la durée des procédures de la reconnaissance des compétences (Bédard, 2014; Bédard et Roger, 2015; Dumas-Martin, 2014). Cependant, il reste encore des obstacles à leur intégration professionnelle, notamment au niveau de la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences de ces professionnels formés à l'étranger (Bédard et al., 2018; Bédard et Massana Macià, 2018; Bédard et Zaidman, 2019).

Cette situation est paradoxale : le Canada, et le Québec, mettent en œuvre des politiques d'immigration privilégiant la sélection de professionnels très scolarisés qui se heurtent à la barrière de la reconnaissance de leurs compétences professionnelles et donc à leur intégration dans un emploi à la hauteur de leurs compétences. Le *brain waste* persiste au Canada et a même augmenté entre 1996 et 2006 (Reitz et al., 2014).

Certains chercheurs ont proposé des pistes de solution. Par exemple, Guo (2007) préconise de distribuer de l'information pertinente sur le processus de reconnaissance des compétences professionnelles avant le départ pour le Canada alors que Banerjee et Phan (2014) proposent d'octroyer des points supplémentaires à ceux qui font leurs démarches de reconnaissance avant de partir.

La reconnaissance des diplômes et des compétences reste un processus difficile, long et coûteux à tous points de vue pour les professionnels formés à l'étranger qui veulent exercer une profession réglementée et particulièrement pour les médecins et les infirmières immigrants.

3.4.1. *Le parcours du combattant des médecins formés à l'étranger*

On retrouve dans la littérature et dans les rapports statistiques dont nous faisons état plusieurs dénominations lorsqu'il est question des médecins formés à l'étranger comme les diplômés internationaux en médecine (DIM) ou encore les diplômés de médecine hors Canada et États-Unis (DHCEU). Nous utilisons dans cette recherche l'acronyme DHCEU ou parlons des médecins formés à l'étranger ou encore des médecins immigrants.

Une des plus grandes difficultés pour les DHCEU est la reconnaissance des titres de compétences étrangers (Belkhodja et Forgues, 2009; Zietsma, 2010) qui serait plus facile pour les ressortissants américains et canadiens car les systèmes d'éducatifs sont proches et leurs compétences transférables (*portable credentials*) (Dauphinée, 2007) ce qui n'est pas le cas pour les autres DHCEU (Blain et al., 2012).

En plus d'être difficilement reconnues, les compétences professionnelles des DHCEU sont remises en question et considérées parfois inférieures aux standards canadiens (Blain et al., 2012; Boyd et Schellenberg, 2007; Zietsma, 2010).

Au Canada, en 2006, 12% des DHCEU étaient au chômage contre 2% des natifs et 90% des natifs qui ont étudié la médecine sont médecins contre 55% des DHCEU (Boyd et Schellenberg, 2007). Le lieu de naissance est le facteur qui influe le plus sur la probabilité de travailler comme médecin au Canada, c'est pour les ressortissants d'Asie du Sud-Est et de l'Est que c'est le plus difficile (Boyd et Schellenberg, 2007).

Une fois passée l'épreuve de la reconnaissance des titres de compétences étrangers par les ordres professionnels, l'autre problème auquel font face les DHCEU concerne le faible nombre de places de résidence disponibles pour DHCEU (Boyd et Schellenberg, 2007; Lofters et al., 2014). Et c'est sans compter sur la discrimination lors des entrevues d'embauche ou pour la résidence (Neiterman et Bourgeault, 2015; Otmani, 2020). Selon une enquête menée par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse en 2007, les DHCEU sont victimes de discrimination lors des entrevues de sélection à l'entrée en résidence en plus de voir la valeur de la reconnaissance de leurs diplômes délivrée par le CMQ remise en question (Archambault et al., 2010).

En revanche, la situation est bien différente pour les médecins formés en France qui bénéficient de l'ARM. Même s'ils déplorent la longueur du stage de trois mois obligatoire qui pourrait être raccourci selon eux et doivent s'habituer à un mode de fonctionnement plus encadré qu'en France (une pratique libérale vs une pratique en établissement), ils apprécient d'avoir une information disponible avant et après leur immigration en plus de voir pratiquement doubler leurs revenus par rapport à la France (Bédard et Roger, 2015). Cependant, des limites institutionnelles à l'accès à la profession des médecins généralistes français malgré l'Entente France-Québec et l'ARM ont été soulevées (Dumas-Martin, 2014) ainsi que la multiplicité des institutions impliquées dans les parcours de reconnaissance (Bédard et Zaidman, 2019; Belkhodja et Forgues, 2009) et les problèmes de coordination entre celles-ci (Bédard et al., 2018).

Ainsi, les études réalisées sur la reconnaissance des diplômes et des compétences des médecins formés à l'étranger et l'accès à l'exercice de la profession montrent que c'est un parcours semé d'embûches, plus difficile pour les ressortissants d'Asie, et que l'accès aux stages est un défi de taille tant par leur nombre limité que par la discrimination dont les DHCEU sont victimes.

3.4.2. Les défis rencontrés par les infirmières formées à l'étranger

Il existe également une littérature abondante sur la reconnaissance des compétences professionnelles des infirmières formées à l'étranger. On retrouve dans la littérature et dans les

rapports statistiques dont nous faisons état plusieurs dénominations également lorsqu'il est question des infirmières formées à l'étranger (IFE) ou encore Internationally educated nurses (IENs) dans les références en anglais. Nous utilisons dans cette recherche l'acronyme IDHQ pour parler spécifiquement des infirmières diplômées hors Québec qui correspond plus à la population à l'étude en plus des infirmières formées à l'étranger (IFE) ou encore des infirmières immigrantes.

Une recension des écrits de 1990 à 2013 fait ressortir que les IFE de plusieurs pays, dont les États-Unis, le Canada et le Royaume-Uni doivent s'ajuster à beaucoup de choses : environnement de travail, relations de travail ou encore pratique du métier qui peuvent être fort différents de leur pays d'origine (Primeau et al., 2014). Les études sont nombreuses concernant les IFE au Canada et en Ontario, en revanche peu d'études ont été réalisées sur le Québec en particulier.

Dans un premier temps, nous explorons dans cette partie la littérature qui fait état des difficultés rencontrées par les IFE pour faire reconnaître leurs compétences et exercer leur profession.

Les infirmières diplômées à l'étranger rencontrent nombre de barrières et d'obstacles dans le processus de reconnaissance de leurs compétences professionnelles.

Plusieurs études réalisées ces dernières années soulignent le manque d'information en amont de la migration sur les exigences des ordres professionnels (Blythe et al., 2009) et la difficulté de faire reconnaître leurs acquis et compétences par ces derniers (Belkhodja et Forgues, 2009; Primeau et al., 2014; Walton-Roberts, 2020; Zietsma, 2010).

Quand vient le temps de se mettre à niveau et qu'un retour aux études s'impose, le processus est bien souvent long et le risque d'abandon important (Blythe et al., 2009).

De plus, les infirmières diplômées à l'étranger voient la qualité de leurs diplômes remise en question (Bédard et Roger, 2015; Neiterman et Bourgeault, 2015; Zietsma, 2010), ainsi que leurs compétences professionnelles, tant par leurs collègues que par les patients, ce qu'elles vivent comme une forme de discrimination (Bédard et Roger, 2015; Neiterman et Bourgeault, 2015; Primeau et al., 2014) accentuée par la mise en place d'une hiérarchie basée sur l'origine des infirmières immigrantes : en haut de la pyramide, les personnes blanches anglophones, puis les Philippines, les Européennes de l'Est, les ressortissantes du Moyen-Orient et de Chine et tout en bas de l'échelle, les personnes noires (Primeau et al., 2014).

Leur méconnaissance du système professionnel et du système de santé est un défi et fait ressortir le besoin de s'ajuster au contexte canadien, notamment au sujet des différences dans la relation avec les médecins, les patients, la hiérarchie (Blythe et al., 2009; Primeau et al., 2014; Tremblay, 2018; Van Kleef et Werquin, 2013), les différences dans la pratique et dans les aspects technologiques, sociaux et culturels de la profession (Primeau et al., 2014; Van Kleef et Werquin, 2013).

Pour améliorer la situation des infirmières diplômées à l'étranger au Canada, Primeau et al. (2014) proposent de développer des formations d'appoint ou des ateliers sur le système de santé et les relations dans le milieu de travail en contexte canadien, en plus de proposer du mentorat ou du préceptorat. Ce sont des mesures qui sont déjà en place au Québec. Pour l'obtention du permis d'exercice, les IDHQ doivent faire un stage interculturel et sont envoyées en formation complémentaire quand l'OIIQ juge que c'est nécessaire.

Le Canada et le Québec, à l'instar des pays de l'OCDE, profitent de plus en plus de la mobilité internationale des travailleurs décidés à exercer leur profession ailleurs que dans leur pays d'origine. Selon Pellerin (2008, p. 10), les professionnels formés à l'étranger ont développé un « savoir-circuler » qui les mène de pays de pays dans des projets migratoires divers et variés. Auparavant, les immigrants restaient dans le pays où ils avaient immigré. Aujourd'hui, ils sont plus mobiles, s'enracinent moins, créant ainsi « du lien, des relations, des échanges, des interconnexions qui alimentent le réseau migratoire et permettent au migrant de se déplacer en contribuant aux évolutions de l'espace migratoire international. » (Alioua et al., 2012)

Nous avons exposé dans cette troisième partie les difficultés des professionnels formés à l'étranger pour faire reconnaître leurs compétences alors que les pays industrialisés vivent des pénuries de main-d'œuvre dans le domaine de la santé et que la mobilité internationale des médecins et des infirmières est très importante. Au Canada et au Québec, ces derniers doivent passer par un processus complexe de reconnaissance de leurs compétences et de leurs diplômes pour pouvoir exercer leur profession. Plusieurs mesures ont été mises en œuvre pour améliorer ce processus mais les études et les recherches menées ces dernières années révèlent que la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences n'est pas toujours efficace et que ces professionnels formés à l'étranger se heurtent encore à de nombreuses barrières.

Dans son plan d'action pour 2016-2021, le MIDI s'était donné pour objectif de « résoudre les difficultés liées à la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes afin que leur contribution à l'essor économique du pays soit rapide et réussie » (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2016d, p. 17) en collaboration avec nombre d'acteurs institutionnels, notamment concernant l'accès aux professions réglementées. Nous verrons dans les chapitres consacrés aux résultats de cette recherche ce qu'il en est concernant les médecins et les infirmières immigrants.

Avant de conclure ce premier chapitre, nous posons la question de recherche et présentons nos objectifs de recherche.

4. Question et objectifs de recherche

La sous-utilisation des compétences des immigrants fait perdre au Canada près de 4,8 milliards de dollars par an selon le recensement de 1996 (Reitz, 2001) et ce chiffre a grimpé à 11,37 milliards de dollars selon le recensement de 2006 (Reitz et al., 2014). Ce qui fait dire à Pires (2015) que les États qui reçoivent des immigrants devraient plutôt mettre en place des politiques de transférabilité des compétences plutôt que de consacrer des ressources toujours plus nombreuses à évaluer la qualité des systèmes d'éducation étrangers.

Par l'Accord Canada-Québec, le Québec a la responsabilité d'intégrer les nouveaux arrivants. C'est une responsabilité contractuelle, voire morale. En effet, ayant été sélectionnés sur le potentiel de leur employabilité, les travailleurs qualifiés s'attendent à trouver un emploi correspondant à leurs compétences dans leur nouveau pays d'accueil, que ces personnes exercent une profession réglementée ou pas (Béji et Pellerin, 2010). Le fait que certains doivent attendre jusqu'à 10 ans pour pouvoir exercer une profession qui était la leur dans leur pays d'origine nous amène à nous questionner sur l'efficacité de la coordination des acteurs dans la reconnaissance de leurs diplômes et de leurs compétences. Nous nous interrogeons sur la contradiction entre la sélection par le MIFI de travailleurs qualifiés sur la base de critères comme le niveau d'études, le domaine de formation, l'expérience professionnelle et les barrières à la reconnaissance des acquis et des compétences par les acteurs institutionnels de cette reconnaissance sur ces mêmes critères.

Il n'est pas question ici d'effectuer une recherche sur tous les ordres professionnels, nous nous concentrerons sur les médecins et les infirmières. La littérature a permis de présenter les limites de leur intégration professionnelle dans leur profession (Forcier et Handal, 2012; Galarneau et Morissette, 2008; Girard, 2010; Girard et Smith, 2013; Girard et al., 2008; Zietsma, 2010) et les statistiques du MIFI par professions projetées dans le domaine de la santé des immigrants actifs de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis de 2002 à 2019 (voir Figure 2) montrent que ce sont les professions les plus représentées en termes de nombre d'admission. Comme nous le constatons dans le

Tableau 8, 29% des personnes admises dans cette catégorie sont des infirmières (CNP3012) et 19% sont des médecins, généralistes (CNP3112) et spécialistes (CNP3111). Viennent ensuite les pharmaciens 9% puis les dentistes 6%. Finalement, dans un contexte de rareté, voire de pénurie de ces professions, il nous semblait important d'aller voir quelles difficultés pouvaient rencontrer tous ces professionnels qui n'exercent finalement pas leur profession au Québec alors que leurs compétences sont en demande.

Tableau 8: Pourcentage des immigrants actifs de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec de 1995 à 2013 par profession projetée dans le domaine de la santé (CNP3)

Infirmières (CNP 3052/3012)	29%
Médecins spécialistes (CNP 3111)	11%
Pharmaciens (CNP 3131)	9%
Omnipraticiens (CNP 3112)	8%
Dentistes (CNP 3113)	6%
Autres	4% et moins

Source: Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion, Direction de la recherche et de l'analyse prospective (juillet 2014)

Ce premier chapitre a permis de montrer que la province du Québec a de la difficulté à remplir son mandat d'intégration professionnelle de certains professionnels formés à l'étranger, notamment ceux qui veulent exercer une profession réglementée. Le contrôle à l'entrée exercé par les ordres professionnels serait une barrière majeure à la reconnaissance des diplômes et des compétences des professionnels formés à l'étranger, notamment dans les professions du domaine de la santé. Le Collège des médecins est particulièrement montré du doigt quant à la fermeture de la profession et l'OIIQ, qui semble pourtant avoir mis nombre de procédures en œuvre pour permettre aux infirmières formées à l'étranger d'exercer le plus rapidement possible leur profession, se plaint de ses partenaires qui ne font pas le nécessaire pour faciliter l'accès aux formations complémentaires ou aux stages pour ces dernières (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016).

Nous avons vu également que le système professionnel en contexte d'immigration s'est organisé au Québec, mais que la coordination des nombreux acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences n'est pas efficace. Ont été relevés le manque de coordination lui-même, le manque d'information, le manque de clarté de l'information des acteurs institutionnels, la nécessité d'un continuum de services et d'information qui sont pour le moment absents ou déficients et le paradoxe des politiques qui sélectionnent les immigrants sur des critères qui sont questionnés par les acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences.

Notre recherche portera sur les tensions dans la coordination entre les acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences des médecins et des infirmières immigrants, les politiques publiques et les immigrants eux-mêmes à travers le processus de sélection, d'évaluation des compétences et d'exercice légitime, car autorisé, de la profession. Nous formulons notre question de recherche ainsi :

Médecins et infirmières immigrants au Québec : quel processus pour faire reconnaître ses compétences et exercer légitimement sa profession ?

Il ne s'agit pas simplement de décrire le processus de reconnaissance des compétences des PFE. Nous avons déterminé trois objectifs de recherche. Premièrement, nous voulons rendre compte de la complexité de la coordination des acteurs institutionnels, c'est-à-dire identifier les acteurs, les règles, les étapes, la nature des tensions et savoir où se situent les blocages de la reconnaissance des compétences des PFE. Deuxièmement, nous voulons connaître les impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ et leur intégration dans leur profession respective, notamment avec les grilles de sélection du Québec et les arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM). Troisièmement, nous voulons comprendre le rôle du MSSS dans la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ, leur recrutement et l'intégration dans leur profession.

Dans ce premier chapitre, nous avons tout d'abord dans une première partie fait un rappel historique des politiques d'immigration du Canada et du Québec. En effet, la province n'a acquis une certaine autonomie à ce sujet que depuis la signature de l'Accord Canada-Québec en 1991 qui répartit les compétences des deux paliers gouvernementaux. Le Québec a ainsi le pouvoir exclusif de sélectionner ses immigrants économiques de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés, définit ses propres niveaux et volumes d'immigration et a la responsabilité d'accueillir et d'intégrer les nouveaux arrivants sur son territoire. Le Canada, lui, conserve la responsabilité de la délivrance des visas et des permis de travail, ainsi que celle de la citoyenneté et accorde une compensation financière au gouvernement du Québec pour la mise en œuvre des services d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants dans la province. Afin de répondre à des enjeux économiques, démographiques et linguistiques, le gouvernement du Québec sélectionne les travailleurs qualifiés à l'aide d'une grille de points octroyés sur des critères comme le domaine de la formation initiale, le niveau de diplôme, l'expérience professionnelle ou encore la connaissance du français. Puisque le Québec a aussi la responsabilité d'accueillir et d'intégrer les immigrants reçus dans la province, nous avons fait état des connaissances sur l'intégration des immigrants et présenté les défis et les barrières que ces derniers rencontrent dans leur intégration professionnelle.

Dans une deuxième partie, nous avons traité des professions réglementées et du système professionnel au Québec puisque nous nous intéressons à la profession de médecin et à celle d'infirmière qui sont régies par un ordre professionnel. Au Québec, 46 ordres professionnels régissent 55 professions réglementées, dont 28 sont dans le domaine de la santé, encadrées depuis 1973 par le *Code des professions* et plusieurs règlements spécifiques à chacune d'entre elles. Pour s'assurer de remplir leur mandat de protection du public, les ordres professionnels doivent s'assurer que leurs membres ont les compétences nécessaires et répondent aux normes de qualité et

d'intégrité de leur profession. Nous avons de plus présenté les moyens mis en œuvre par la province et les ordres professionnels pour adapter ce système à la mobilité internationale et au contexte d'immigration au Québec. Nous avons notamment fait état des ententes et accords de reconnaissance mutuels établis entre plusieurs gouvernements comme les Arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) entre la France et le Québec. De plus, nous avons détaillé le rôle de deux acteurs spécifiques à la province dans ce domaine, soit le Commissaire à l'admission aux professions et le Pôle de coordination à la formation.

Dans une troisième partie, nous avons proposé un état des connaissances sur la reconnaissance des diplômes et l'évaluation des compétences des médecins et infirmières immigrants qui veulent exercer leur profession au Québec. Plus spécifiquement, nous avons proposé une liste des acteurs de la reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger pour les deux professions à l'étude au Québec. Nous avons également brossé le portrait des mesures mises en œuvre par ces mêmes acteurs pour une meilleure reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger. Selon le MIDI, dans un contexte de mondialisation, une population diversifiée, éduquée et multilingue enrichit culturellement un pays et l'ouvre sur le monde. Le gouvernement pense que c'est également un facteur d'attraction, d'innovation et une richesse économique. Mais qui dit diversité de culture, dit diversité d'expérience professionnelle et de formation. Cela implique la reconnaissance de ces compétences professionnelles, ce qui est actuellement un défi. Un volume de travaux important a déjà été réalisé sur l'intégration professionnelle des immigrants. Concernant la reconnaissance des acquis et des compétences des personnes immigrantes, la recension du CERIS souligne « le besoin d'accroître la portée des études qualitatives pouvant donner un aperçu des obstacles à la reconnaissance des titres de compétence et de la réussite sur le marché du travail dans certains domaines professionnels et au sein de certaines communautés ethniques » (Kelly et al., 2014, p. 3).

Finalement, ceci nous a conduit à poser notre question de recherche et à exposer nos objectifs de recherche dans une quatrième et dernière partie.

Les articles et études publiés ces dix dernières années sur l'intégration professionnelle des personnes immigrantes au Canada qui se sont intéressés à l'accès aux professions réglementées dans le domaine de la santé se situent pour la plupart au Canada en général et souvent en Ontario en particulier. Très peu de recherches ont été réalisées au Québec sur l'intégration en emploi des professionnels de la santé comme les médecins et les infirmières. Ces études ou articles ont mis en lumière la difficulté des immigrants à faire reconnaître leurs titres de compétence étrangers et le temps nécessaire pour arriver à exercer la même profession que dans le pays d'origine.

Au plan théorique, nous avons choisi de mobiliser la théorie des conventions. Il n'existe pas, à notre connaissance, de recherche qualitative qui se soit intéressée aux tensions dans la coordination entre les acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences des médecins et des infirmières immigrants, les politiques publiques et les immigrants eux-mêmes à travers le processus de sélection, d'évaluation des compétences et d'exercice légitime, car autorisé, de la profession et mobilisant la théorie des conventions. Notre cadre théorique et conceptuel est développé dans le chapitre 2 de cette recherche.

Chapitre 2 – Cadre théorique et conceptuel

« [...] dispositif constituant un accord de volontés tout comme son produit, doté d'une force normative obligatoire, la convention doit être appréhendée à la fois comme le résultat d'actions individuelles et comme un cadre contraignant les sujets » (J-P Dupuy et al., 1989, p. 143)

Le premier chapitre a montré que les médecins (DHCEU) et infirmières (IDHQ) immigrants désirant s'installer et exercer leur profession au Québec éprouvent des difficultés à faire reconnaître leurs compétences bien qu'ils soient sélectionnés sur le niveau de leur diplôme, leur domaine de formation et leur expérience professionnelle. Nous avons relevé qu'il y avait un paradoxe entre le fait de sélectionner des immigrants sur ces critères et les difficultés rencontrées pour faire reconnaître leurs acquis et leurs compétences afin d'obtenir un permis d'exercice de leur ordre professionnel et exercer leur profession.

Dans la première partie de ce chapitre, nous proposons un panorama des différentes théories mobilisables en sciences sociales : la théorie du capital humain, la théorie du signal et plusieurs approches mobilisées en gestion des ressources humaines en contexte de diversité culturelle. Nous expliquons pour chacune d'entre elles pourquoi elles ne nous permettent pas de répondre à notre objet de recherche.

La deuxième partie de ce chapitre est consacrée aux concepts centraux de la recherche : les professions, les compétences et la légitimité. Nous proposons une revue de littérature pour chacun de ces concepts.

Afin d'analyser la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences, les trajectoires des individus et les difficultés rencontrées dans le processus menant, ou pas, à l'exercice de la profession, nous allons expliquer dans une troisième partie pourquoi nous avons choisi de mobiliser la théorie des conventions. Courant de recherche apparu en France à la fin des années 1980, la théorie des conventions regroupe plusieurs chercheurs qui utilisent le concept de **convention** dans une approche interdisciplinaire (sociologie, psychologie, anthropologie, droit et économie) (Jean-Pierre Dupuy et al., 1989). Selon ces auteurs, une convention permet la coordination de plusieurs acteurs rationnels qui doivent prendre des décisions et juger de la valeur d'un produit par exemple dans le domaine commercial. Les acteurs s'accordent sur une convention afin de réduire leurs incertitudes sur la qualité de ce produit. Nous avons choisi de nous appuyer plus particulièrement sur les travaux de François Eymard-Duvernay sur les conventions dans le recrutement qui font appel à un jugement de la qualité des compétences des travailleurs à travers plusieurs épreuves, jugement qui peut mener à l'exclusion de ces personnes du processus de reconnaissance des

compétences ou de l'exercice de leur profession (Eymard-Duvernay, 1989, 2005, 2006, 2008, 2012b; Eymard-Duvernay et Marchal, 1997).

Finalement, nous détaillons dans la quatrième et dernière partie de ce chapitre notre cadre d'analyse. La reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants sera analysée à travers trois processus : le processus d'immigration, le processus de reconnaissance des compétences et le processus d'intégration dans la profession et les trois concepts de professions, compétences et légitimité. Nous examinerons avec ce cadre d'analyse les épreuves que doivent traverser les médecins et les infirmières immigrants dans chacun des processus.

1. Un panorama de différentes théories mobilisées sur l'intégration des personnes immigrantes

Les recherches sur la reconnaissance des compétences des immigrants, leur intégration en emploi et sur le marché du travail ainsi que l'exercice de leur profession sont nombreuses et leurs auteurs ont mobilisé plusieurs théories et approches à cet effet. Nous traitons dans cette première partie de la théorie du capital humain, de la théorie du signal et de différents courants de la gestion des ressources humaines en contexte de diversité culturelle.

1.1. La théorie du capital humain

Selon Becker (1964), chaque personne possède un capital humain. Au même titre que l'on peut se constituer un capital financier, une personne peut faire le choix de se constituer un capital humain. Les individus, pour se constituer ce capital, vont investir dans leur éducation et l'obtention de diplômes, développer leurs compétences et leur expérience professionnelle pour augmenter leurs chances d'avoir de meilleures conditions de travail et de vie. Ils peuvent ainsi offrir sur le marché du travail leur capital humain, espérant un retour sur investissement, donc un bon emploi bien rémunéré. La constitution de leur capital a un coût tant financier que temporel (on investit temps et argent), chaque individu choisissant ce qu'il veut ou peut investir en termes financiers et de durée d'études par exemple. Comme le capital financier, le capital humain a un coût d'investissement (coût des études, formation continue, temps d'apprentissage) et doit produire un retour sur investissement. Un diplôme reconnu ou des études dans un domaine en demande sont ainsi un bien mis sur le marché du travail, qui devrait permettre à une personne de trouver un emploi à la hauteur de ses compétences et rémunéré à sa juste valeur. L'employeur évalue le capital humain des individus sur des critères comme le niveau d'études, le diplôme obtenu ou encore l'expérience professionnelle. Le chercheur d'emploi s'attend à un emploi et une rémunération à la hauteur de l'investissement initial et continu.

Pour le ministère de l'Immigration du Québec, sélectionner les personnes immigrantes avec un système de points attribués selon leur capital humain (niveau de diplôme souvent élevé, domaine de formation, expérience professionnelle, connaissance du français et même de l'anglais), c'est considérer que les personnes immigrantes avec un capital humain important auront plus de chances de trouver un emploi à la hauteur de leurs compétences et bien gagner leur vie au Québec⁵⁸. Nous avons vu dans le chapitre 1 que ce n'est pas toujours le cas ; certaines personnes immigrantes ne trouvent pas un emploi à la hauteur de leurs compétences professionnelles et expérimentent parfois une déqualification. La théorie du capital humain a été très utilisée dans plusieurs recherches. Elles ont démontré que les immigrants ont de la difficulté à trouver un emploi à la hauteur de leurs compétences (Boudarbat et Cousineau, 2010; Dupuis et Segal, 2020; Lacroix, 2013; Renaud et Cayn, 2006; Tremblay, 2005), perçoivent des revenus inférieurs à ceux des Canadiens (Dilmaghani, 2012; Green et Worswick, 2012; Raza et al., 2013; Reitz, 2001; Sharif, 2011), vivent des déqualifications professionnelles (Batisse et Zhu, 2014; Imai et al., 2019) ou encore se heurtent aux longs et coûteux processus de reconnaissance de leur formation initiale (Chen et Hong, 2016; Ozkan, 2018; Raza et al., 2013; Shan, 2013). Ce capital humain, en fonction de pays où il a été constitué, serait ainsi parfois plus faible que celui des natifs et donc moins rentable.

Nous avons choisi de ne pas utiliser la théorie du capital humain car elle s'attache à analyser les caractéristiques individuelles des immigrants à travers leur capital humain (diplôme, expérience professionnelle, connaissance du français) qui vont leur permettre ou pas de trouver un emploi alors que nous nous intéressons à un processus, celui de la reconnaissance des compétences et de la formation initiale de ces personnes, qui implique un jugement sur la qualité de ces compétences, ce que l'on ne retrouve pas dans cette théorie.

1.2. La théorie du signal

Selon Spence (1973, 1974), en situation de recrutement, l'employeur a des incertitudes sur la productivité *a priori* d'un candidat (Spence, 1973, p. 356). Cela peut prendre du temps, même après l'embauche, pour réduire ces incertitudes. L'auteur compare l'exercice à une loterie et questionne

⁵⁸ Le ministère de l'immigration québécois lui-même a bâti son système de sélection des immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés selon cette théorie. Sur la page du gouvernement présentant le programme de régulier des travailleurs qualifiés, le capital humain est mentionné comme un des critères utilisés pour envoyer les invitations à faire une demande de CSQ.

Programmes d'immigration du Québec. Programme régulier des travailleurs qualifiés. Invitation à présenter une demande de résidence permanente. Critères d'invitation. <https://www.quebec.ca/immigration/programmes-immigration/programme-regulier-travailleurs-qualifies/invitation>

l'efficacité du signal envoyé par la détention d'un diplôme, d'une expérience professionnelle ou encore des caractéristiques personnelles comme le genre et l'origine ethnique. En effet, en situation d'incertitude sur la productivité d'un candidat, si l'employeur s'appuie sur le signal envoyé par la possession d'un diplôme, comment peut-il être sûr de sélectionner la bonne personne ? Spence (1973) identifie le signal envoyé et les caractéristiques des individus. Un signal est modifiable. La formation (niveau d'études, diplôme, université d'origine, etc.) est un signal que l'on peut améliorer. Cela a un coût mais on investit dans les études pour avoir un meilleur retour sur investissement, donc un meilleur emploi et un meilleur salaire. Le sexe, l'âge, l'origine ethnique par exemple, sont fixes. Les individus ne peuvent pas modifier ces caractéristiques et elles sont propres à chacun. Les signaux et les caractéristiques des individus vont communiquer de l'information sur la productivité probable (au sens statistique du terme) du candidat et son potentiel de travail.

S'agissant des immigrants, l'information est asymétrique. Les employeurs octroient les salaires en fonction de la productivité supposée liée au(x) diplôme(s) du candidat. Comme l'employeur ne connaît pas la valeur et la qualité des diplômes obtenus à l'étranger, le signal est biaisé car il n'a pas l'information adéquate.

Comment alors départager deux candidats à compétences égales ? Est-ce que les caractéristiques de chaque individu, perçues par l'employeur, peuvent faire la différence ? Serait-ce une forme de discrimination ?

Les études sur la reconnaissance des compétences et l'intégration professionnelle des immigrants mobilisant la théorie du signal utilisent généralement une méthodologie quantitative, celles portant sur le Canada et se basant sur les données de Statistique Canada. Parfois utilisée avec la théorie du capital humain, elles ont démontré que les immigrants qui investissent dans une formation canadienne, en plus de leur formation initiale réalisée dans leur pays d'origine, ont plus de chances de réduire l'écart de salaires entre les Canadiens avec une formation canadienne et les immigrants avec une formation internationale (Banerjee et Lee, 2015) et investiront moins dans une formation canadienne s'ils sont très diplômés et que les employeurs reconnaissent leur expérience professionnelle antérieure (Banerjee et Verma, 2012). Elles exposent également les « sheepskin effects⁵⁹ » pour les immigrants ayant des diplômes de 3^e cycle notamment, donc un coût d'investissement de signal plus important (Ferrer et Riddell, 2008) ou bien pour les femmes et les hommes d'une minorité visible (Belman et Heywood, 1991).

⁵⁹ Selon Ferrer, A. et Riddell, W. C. (2008). Education, credentials, and immigrant earnings [Article]. *Canadian journal of Economics*, 41(1), 186-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2966.2008.00460.x>, il s'agit de « the gain in earnings associated with receipt of a degree, controlling for years of schooling ».

Des auteurs comme Ferrer et Riddell (2008, p. 214) soulignent cependant que « [...] it is often difficult to distinguish between human capital and signalling theories with the available data. »

Cette théorie met l'accent sur l'investissement dans la formation pour obtenir un meilleur salaire, ce qui n'est pas notre objectif de recherche. Le ministère de l'Immigration, avec sa grille de sélection, cherche les bons signaux pour sélectionner les personnes immigrantes en donnant des points selon le niveau des diplômes, le domaine de formation ou encore de l'expérience professionnelle. Cependant, cette théorie a ses limites car, si l'on prend l'exemple des infirmières et des médecins immigrants, le diplôme n'est pas un bon signal de productivité probable puisque même avec un diplôme et de l'expérience professionnelle, sans la reconnaissance du diplôme, on ne peut être ni médecin, ni infirmière au Québec.

La théorie du signal a son intérêt, mais pas pour répondre à nos objectifs de recherche. Celle-ci porte sur un processus durant lequel la formation initiale des immigrants est jugée à travers des épreuves selon des conventions entre acteurs institutionnels pour pouvoir exercer leur profession, pas pour gagner leur vie et avoir un bon salaire.

1.3. La gestion des ressources humaines en contexte de diversité culturelle

Selon Hofstede (1980), chaque individu est influencé dans son rapport aux autres par sa culture nationale. Bollinger et Hofstede (1987, p. 13;22) expliquent que c'est une « programmation mentale en fonction de la nationalité des individus » qui est « en partie unique et en partie partagée avec les autres individus » et ce sur trois degrés différents : un niveau universel, un niveau collectif (qui correspond à notre groupe et constitue notre culture) et à un niveau individuel (qui représente la « partie unique » et correspond à notre personnalité).

Geert Hofstede a réalisé pour la firme IBM une grande étude mondiale concernant la gestion du personnel dans les différentes filiales à l'étranger de l'entreprise américaine en deux temps, d'abord entre 1967 et 1970, puis entre 1971 et 1973 dans 72 pays (Bollinger et Hofstede, 1987). L'analyse de plus d'une centaine de milliers de questionnaires lui a permis de comprendre les différents comportements des employés selon la culture nationale de ces personnes et d'en présenter « une typologie universelle des cultures » (Bollinger et Hofstede, 1987, p. 153) dans laquelle ils présentent quatre dimensions culturelles : la distance hiérarchique, le contrôle de l'incertitude, l'individualisme (opposé au collectivisme) et la masculinité (opposée à la féminité). Une étude menée en 1979 auprès de 100 étudiants dans 22 pays à partir d'un questionnaire chinois, le *Chinese Value Survey*, a permis d'identifier une cinquième dimension, l'orientation à long terme (par

opposition à l'orientation à court terme) (Hofstede et Bond, 1988). Enfin, une sixième dimension a été ajoutée à la typologie en 2010, l'indulgence (par opposition à la sévérité), par Hofstede et al. (2010) suite à la recherche menée par Minkov (2009) dans 92 pays à l'aide du *World Values Survey*. Selon ces chercheurs, la culture nationale, dans toutes ses dimensions, a une influence non seulement dans nos interactions sociales, mais également « de façon implicite, les ressortissants de tel ou tel pays mettront en pratique un modèle d'organisation des entreprises qui correspond à leur mentalité » (Bollinger et Hofstede, 1987, p. 226-227). Les dimensions culturelles de Hofstede sont largement utilisées par les spécialistes des ressources humaines pour expliquer les différences culturelles dans les organisations et leur impact dans la gestion du personnel. Elles sont également mobilisées dans plusieurs recherches pour expliquer les difficultés d'intégration des personnes immigrantes dans les entreprises (Arcand, 2013; Barmeyer et Mayrhofer, 2009; Bollinger et Hofstede, 1987; Girard, 2006; Guerfel-Henda et Broussillon, 2011), dans des domaines comme le marketing pour expliquer les incompréhensions ou l'adaptation des messages envoyés (Desaulniers, 2011), leur impact dans le domaine de la consommation (Ogden et al., 2004) ou encore en santé pour comprendre la perception que l'on peut avoir des maladies ou des interventions en fonction de la culture d'origine (Callegari et al., 2020).

On retrouve dans ce courant de recherche des auteurs comme Edouard T. Hall (Hall, 1966, 1976) et Philippe d'Iribarne (Iribarne, 1993, 2015; Iribarne et Henry, 2003) pour lesquels la culture nationale a une influence sur le comportement des individus et la façon de communiquer dans un contexte donné. Les résultats de ces recherches ont été souvent mobilisés dans le management interculturel ou la gestion internationale des ressources humaines et expliquer la place de la culture dans la gestion des entreprises (Barmeyer, 2012; Barmeyer et Mayrhofer, 2008, 2009; Chevrier, 2014; Hampden-Turner et al., 2020).

En gestion des ressources humaines, ces dimensions prennent toute leur importance pour expliquer pourquoi la culture nationale d'une personne immigrante et d'une personne native influencent leur façon de penser le collectif et l'individu, les relations entre les personnes et les conflits ou tensions qui peuvent en découler. Les entreprises sont ainsi invitées à prendre en considération les différences culturelles au sein de leurs équipes et à développer des compétences interculturelles dans tout le processus de dotation pour mieux intégrer et fidéliser les personnes immigrantes dans les équipes de travail (Arcand, 2013; Chicha et Saba, 2010; Pierre et Chanlat, 2018).

Ces approches sont intéressantes pour expliquer les difficultés que peuvent rencontrer les personnes immigrantes durant leur intégration professionnelle dans les organisations. En effet, elles permettent d'expliquer les incompréhensions dans la communication, les conceptions différentes de réalisation

des tâches, de travail en équipe ou encore la gestion du temps. Cependant, elles mettent l'accent sur les caractéristiques des personnes, leur culture nationale, la culture organisationnelle, sans prendre en considération les personnes et leur histoire et sont considérées trop déterministes (Bartel-Radic, 2009; Essid, 2014; Livian, 2011). D'ailleurs, Primeau (2015, p. 197) a démontré leur intérêt dans sa recherche sur les infirmières immigrantes puisque « la réussite de l'intégration et de la rétention semblent influencés à la fois par les caractéristiques individuelles du migrant (âge, etc.), ses valeurs (tolérance à l'incertitude) et les motivations sous-tendant sa démarche d'immigration » mais elle met en garde car « [l]a réussite du processus d'intégration doit toutefois tenir compte de l'environnement externe (légal, politique) et organisationnel, qui semble avoir une influence presque aussi importante sur la réussite du processus d'intégration que les caractéristiques individuelles du migrant. »

Ces approches culturalistes nous permettent d'analyser le regard ou le jugement que portent les acteurs institutionnels sur la formation initiale et les compétences professionnelles des personnes immigrantes médecins et infirmières à travers le prisme de la culture nationale et de la culture organisationnelle. Mais elles ne nous offrent pas la possibilité d'analyser le processus durant lequel cette formation initiale et ces compétences professionnelles sont jugées et évaluées à travers des épreuves selon des conventions entre acteurs institutionnels.

Toutes ces approches sont d'un grand intérêt mais incomplètes ou partielles pour répondre à notre question de recherche et analyser la reconnaissance des compétences des PFE par les acteurs institutionnels et leur intégration professionnelle. Trop déterministes, elles s'attachent aux caractéristiques des individus, à un capital humain et ne permettent pas l'analyse du processus de reconnaissance.

Nous avons plutôt porté notre choix sur la théorie des conventions qui est, selon nous, la plus appropriée pour notre analyse et répondre à nos objectifs de recherche parce qu'elle fait intervenir une relation (entre les personnes immigrantes et les organisations qui les sélectionnent), un processus (quelque chose qui se construit dans le temps) et un jugement, une évaluation (éléments à comprendre dans cette relation qui n'est pas objective ou déterminée à l'avance).

2. Les concepts centraux de notre cadre d'analyse

Nous rappelons que notre question de recherche est la suivante :

Médecins et infirmières immigrants au Québec : quel processus pour faire reconnaître ses compétences et exercer légitimement sa profession ?

Elle réfère aux trois concepts de **professions**, **compétences** et **légitimité**. Nous faisons dans cette deuxième partie un tour d'horizon de la littérature portant sur ces trois concepts. Cette recension montre que ce sont des construits sociaux et des conventions.

2.1. Les professions

Selon Dubar et Tripier (1998), il faut faire attention à bien distinguer le terme anglais *profession* et le terme français *profession* qui s'orthographient de la même façon mais n'ont pas tout à fait le même sens. En effet, les auteurs expliquent qu'en anglais, le terme n'a aucune ambiguïté et se distingue du terme *occupation*, que l'on pourrait traduire par *métier* ou *emploi*. Le terme français est plus polysémique puisqu'il peut être utilisé pour parler d'un *métier*, d'une *occupation* ou d'une *profession*. De plus, il faut considérer, toujours selon les auteurs, ce que sous-entendent les termes anglais. Alors que les personnes qui ont une occupation ont seulement le droit de se syndiquer (Dubar et Tripier, 1998), l'exercice d'une profession donne des droits spécifiques - comme se constituer en groupements autonomes, admettre des membres, les autoriser à exercer la profession, organiser la formation - établis sur des responsabilités, un savoir théorique, une formation spécifique et le contrôle de l'activité professionnelle et ce depuis le Moyen-Âge (Baby, 1994; Bozzini et Contandriopoulos, 1977; Dubar et Tripier, 1998).

Comme nous l'avons souligné dans la section sur les professions réglementées, plusieurs auteurs considèrent que la définition sociologique et même juridique d'une profession est influencée par une idéologie et des pratiques (Adams, 2018; Chapoulie, 1973; Dubar et Tripier, 1998; Freidson, 1984), voire une doctrine (Larson, 2013), portées depuis des siècles par les professionnels eux-mêmes dans le but de conserver leurs privilèges et leur pouvoir, ainsi que leur monopole d'exercice, notamment les médecins.

« The element that compose the ideal-type of profession appear to be the drawn from the practice and from the ideology of the established professions: medecine therefore, as the most powerful and successful of these, should approximate most closely the sociological criteria of what professions are and do ». (Larson, 2013, p. xi)

Même si Dussault (1978b, p. 439) s'essaie à une définition sociologique des professions, il est du même avis et précise que l'étude des professions ne doit pas passer par la « recherche d'une

définition » mais plutôt par « l'analyse historique des stratégies professionnelles en vue d'obtenir l'autonomie et l'autorité dans un domaine donné ».

Regroupés en associations professionnelles, groupes professionnels, groupes d'intérêt ou corporations, les personnes exerçant une profession ont toujours su protéger leurs intérêts économiques et se donner une légitimité politique à travers l'exercice monopolistique de cette profession (Baby, 1994; Chapoulie, 1973; Dubar et Tripier, 1998; Dussault, 1978a; Freidson, 1984; Larson, 2013). L'Office des professions du Québec se défend d'un tel corporatisme en affichant la note suivante dans sa mission, sur le site internet :

Il est faux de croire qu'un ordre professionnel est une association qui protège les intérêts de ses membres. Ces derniers peuvent adhérer à une organisation distincte et indépendante de l'ordre professionnel pour être ainsi représentés.⁶⁰

Qualifiés par Baby (1994) de « formes hybrides du corporatisme étatique moderne », voire « médiéval », influencés par l'Église et la morale, les ordres professionnels étaient, avant la Révolution tranquille, fortement liés au politique et exerçaient un trafic d'influence avéré (Baby, 1994).

Les professions et les groupes professionnels ont été largement étudiés par la sociologie des professions. Trois courants se distinguent : la théorie fonctionnaliste, la théorie interactionniste et les « nouvelles » théories d'inspiration marxiste et wébérienne (Dubar et Tripier, 1998, p. 119).

Dans la théorie fonctionnaliste, Durkheim déplore qu'avec la disparition de groupes professionnels, qu'il appelle « corps intermédiaires », n'interagissant plus entre l'État et l'industrie, il n'y a plus de régulation sociale. Ses travaux exercent une grande influence sur les recherches de Parsons aux États-Unis et de Carr-Saunders et Wilson en Grande-Bretagne entre les deux guerres. Chapoulie (1973, p. 92) explique que dans la théorie fonctionnaliste de Parsons, les caractéristiques du type-idéal de la profession sont un « monopole dans l'accomplissement des tâches professionnelles [...] le plus souvent décrit comme : 1) Une compétence techniquement et scientifiquement fondée; 2) L'acceptation et la mise en pratique d'un code d'éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle ». Pour les fonctionnalistes, l'enjeu ici est l'organisation sociale.

Opposés au fonctionnalisme de Parsons, Everett Hughes, Howard Becker et Anselm Strauss, sociologues de l'école de Chicago des années 1950 et 1960, défendent la théorie que les groupes professionnels représentent un processus d'interaction dont l'enjeu est l'accomplissement de soi. Les interactionnistes font des choix stratégiques, la théorie concerne tous les métiers. Ils sont dans une logique conflictuelle et de luttes politiques.

⁶⁰ Office des professions du Québec. Les ordres professionnels. <https://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels>

À la fin des années 1960, un mouvement a opposé fonctionnalistes et interactionnistes. Les thèses d'auteurs tels que Johnson (2016), Freidson (1986, 1988, 1994, 2001), Larson (2013) et Abbott (2001, 2003, 2004, 2014) affirment le principe dominant de la légitimité légale-rationnelle de Weber⁶¹ et comparent les professions à un système bureaucratique. Selon eux, le professionnel est un expert légitime et compétent parce que diplômé. Stratégiquement, il exerce un monopole légal et ferme ainsi le marché.

Considérant la profession comme une institution, Allaire (2001a, p. 284), définit le caractère conventionnel de la profession comme émergeant dans deux types de conventions : les conventions de coopération « qui soutiennent les collectifs professionnels » et les convention de qualification « qui régissent la définition du domaine professionnel ». Les situations de coopération se retrouvent dans les relations avec les autres professionnels (dans les ordres professionnels par exemple) ou avec les clients alors que des règles et des normes régissent les qualifications. Dussault (1978c, p. 137) soulignait déjà que les groupes professionnels, à la suite de l'adoption du Code des professions et au changement « le plus percutant » jamais vécu par les professions, celles-ci allaient devoir travailler en « coopération » plutôt qu'en « compétition ».

Les valeurs qui caractérisent les professions sont le « contrôle du groupe occupationnel sur un ensemble d'activités » et « l'autonomie du praticien dans l'exercice et l'organisation de ces activités ; elles sont soutenues par la compétence « produit du contrôle d'un savoir spécifique » (Dussault, 1978a, p. 161).

2.2. Les compétences

Également polysémique, le concept de compétences est associé à plusieurs autres termes comme qualifications, savoirs, savoir-faire ou encore habiletés (Gilbert, 2006; Le Boterf, 1994). Ce concept est utilisé depuis les années 1970 dans plusieurs champs d'activité comme le management (Le Boterf, 1994), la sociologie (Merchiers & Pharo, 1990), l'ergonomie (Gilbert, 2006), la gestion des ressources humaines (Le Deist & Winterton, 2005) ou encore l'éducation (Klink & Boon, 2002; Wittorski, 1998).

Sans reprendre les nombreuses discussions sur la différence entre qualifications et compétences, il nous semble important cependant d'en souligner rapidement quelques éléments. Les qualifications servent à classer les travailleurs dans des postes ou dans des métiers en fonction de leur formation et

⁶¹ La domination légale-rationnelle de Weber est une domination légitimée par des règles légales adoptées rationnellement. La légitimité du chef repose sur le fait qu'il se conforme aux règles juridiques relatives à l'institution ou l'organisation dont il est à la tête. Ce sont leurs compétences qui les légitiment et non pas une tradition. Lallement, M. (2012). *Histoire des idées sociologiques* (4e éd^e éd.). Armand Colin.

de leurs certifications (Oiry & D'iribarne, 2001; Paradeise & Lichtenberger, 2001; Piotet, 2009), c'est-à-dire « un savoir défini *a priori* » (Piotet, 2009, p. 134). La compétence, elle, n'est pas définie *a priori*, elle est évaluée (Paradeise & Lichtenberger, 2001). Selon Piotet (2009, p. 135),

« [é]troitement liée aux situations, la compétence ne peut être appréciée que localement, par la hiérarchie, avec tous les aléas que cela implique. Contrairement au métier ou aux classifications, elle n'est ni universelle, ni reconnue au sein d'une branche professionnelle, elle est locale et des doutes pèsent sur sa transférabilité ».

Nous parlons donc bien dans notre recherche de compétences puisque celles des DHCEU et les IDHQ ne sont pas universelles, elles doivent faire l'objet d'une reconnaissance par un ordre professionnel, elles sont acquises dans un autre pays que le Canada et les épreuves tout au long du parcours de reconnaissance montrent les doutes que les institutions portent sur leur transférabilité. C'est pour cela qu'elles doivent être évaluées.

Pour Gilbert (2006, p. 75), la compétence est un « concept nomade », « un concept qui ne se fixe pas dans une théorie mais qui se déplace et dans ce mouvement même trouve de nouvelles significations ». Pour Klink et Boon (2002, p. 421), c'est un « fuzzy » concept. Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il s'agit d'un concept complexe (Le Deist et Winterton, 2005; Wittorski, 1998).

Le sens du concept de compétence varie selon la langue dans laquelle on l'utilise ainsi que selon le pays (Gilbert, 2006). Le contexte culturel influence également le sens donné au concept (Gilbert, 2006; Kane, 1992; Le Deist et Winterton, 2005) ainsi que le contexte institutionnel (Gilbert, 2006). La compétence est située dans un contexte.

Ainsi, les compétences des DHCEU et des IDHQ sont évaluées dans les contextes canadien et québécois selon des référentiels locaux.

Plusieurs auteurs expliquent que la compétence se matérialise dans l'action, que c'est un processus dynamique (Le Boterf, 1994; Wittorski, 1998), un construit social (Gilbert, 2006; Merchiers et Pharo, 1990). La compétence est un « savoir-agir reconnu » par autrui, on ne peut se qualifier soi-même de professionnel compétent (Le Boterf, 1994; Wittorski, 1998).

Les DHCEU et les IDHQ, même s'ils se considèrent comme des professionnels compétents doivent se soumettre au jugement des institutions qui vont reconnaître, ou pas, leurs compétences.

La littérature abondante sur le sujet expose les débats et les discussions autour du concept de compétences. Il n'y a pas non plus de théorisation qui mette tout le monde d'accord sur son utilisation (Le Deist et Winterton, 2005) et sa construction (Wittorski, 1998) mais quelques auteurs proposent d'opérationnaliser le concept, certains en présentant même une typologie.

Pour Merchiers et Pharo (1990, p. 90), « [l]'activité compétente est ordonnée par des connaissances dont la nature et les caractéristiques apparaissent lorsqu'on prend en compte le rôle du jugement

d'autrui comme sanction et validation de cette activité ». Dans leur *Modèle des critères de compétence* (Merchiers et Pharo, 1990, p. 94), selon que le but de l'activité est préalablement défini (prédécrit), défini pendant l'activité (décrit) ou après l'activité (postdécrit), les compétences mobilisées ne sont pas les mêmes. La compétence juridique est mise en œuvre lorsque l'on connaît à l'avance le but et que l'on applique une convention établie au préalable « explicite ou implicite », « codifiée » ou pas. La compétence technique est, elle, mobilisée lorsque le but est connu mais que sans convention préalable, on réagit aux événements selon nos connaissances qui permettront d'atteindre avec succès le but prédécrit. Il y a compétence tactique pour assurer le succès de l'activité lorsque les événements apparus pendant l'activité et non prédécrits font l'objet d'un accord. Enfin, la compétence éthique ou esthétique est jugée selon que l'activité est conforme « à un idéal ».

La compétence découle ici d'un jugement favorable d'autrui et de la mobilisation d'un savoir-faire. C'est le cas pour les DHCEU et les IDHQ qui doivent réussir les examens de leurs ordres professionnels, les cours prescrits et les stages en établissements de santé pour obtenir la reconnaissance de leurs compétences.

Pour Guy LeBoterf, la compétence se « réalise dans l'action » et « se déploie dans une situation de travail » (Le Boterf, 1994). La situation professionnelle (ergonomie), la formation (formation professionnelle) et l'individu lui-même (biographie et socialisation) sont des ressources au croisement desquelles se construit la compétence. La compétence est la mobilisation de ces ressources selon le contexte et la situation. C'est un « savoir-agir » (Le Boterf, 1994, p. 33) qu'il représente ainsi :

Figure 4: « La compétence = un savoir-agir » (Le Boterf, 1994)

Compétence =	savoir-agir	responsable	et	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Savoir-mobiliser</td> <td rowspan="3" style="padding: 0 10px;">Des ressources</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Savoir-intégrer</td> <td rowspan="3" style="padding: 0 10px;">(connaissances,</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Savoir-transférer</td> <td rowspan="3" style="padding: 0 10px;">capacités, ...)</td> </tr> </table>	Savoir-mobiliser	Des ressources	Savoir-intégrer	(connaissances,	Savoir-transférer	capacités, ...)	validé =
Savoir-mobiliser	Des ressources										
Savoir-intégrer		(connaissances,									
Savoir-transférer			capacités, ...)								
Dans un contexte professionnel											

Source : Le Boterf (1994, p. 33)

Le Boterf reprend les propos de Merchiers et Pharo sur le jugement d'autrui et explique comme l'évaluation des compétences par les pairs est difficile, notamment s'agissant de professions « nobles » (Le Boterf, 1994, p. 38). On pense ici aux professions réglementées qui doivent respecter des procédures, des lois et des règlements, avec le souci de la protection du public, dans l'évaluation des compétences des futurs membres des ordres professionnels, notamment les professionnels formés à l'étranger.

Il adapte leur modèle de critères de compétences en le complétant (Tableau 9). Il explicite chaque évènement et activité et comment on juge ce qui est un succès ou ce qui ne l'est pas.

Tableau 9: Typologie des jugements de reconnaissance de la compétence de Le Boterf (1994)

Moment / Critère de réussite	Fixé explicitement avant l'activité	Fixé explicitement en cours d'activité	Reconnu après l'activité
Obtention d'un résultat identifiable par critères	Jugement d'efficacité ou de conformité		
Respect d'une procédure conventionnelle (règlement, procédure, démarche, méthode...)			
Conformité à un idéal professionnel non identifiable par une liste close de critères			Jugement de conformité ¹

¹ ou "jugement de beauté" selon Dejours (1994)

Source : adaptation du modèle de Merchières et Pharo (1990)

Source : (Le Boterf, 1994, p. 38)

Il est à noter que l'on peut être jugé compétent même si on ne peut résoudre tous les problèmes, les savoirs ayant leurs limites.

Le Boterf ajoute au savoir-agir une « dimension socio-culturelle » (Le Boterf, 1994, p. 39). En effet, les individus sont le résultat d'une éducation, d'une expérience de vie et sont porteurs de valeurs et d'une culture qui leur sont propres en fonction de l'expérience de chacun. La culture fournit une identité collective, des modèles de comportement pour des situations données et un cadre de référence, elle est dynamique, c'est un mécanisme adaptatif. Les individus font également partie d'un réseau de ressources : réseaux personnel et professionnel ou ressources documentaires et techniques qui contribuent à alimenter les savoirs et savoir-faire de l'individu à travers la communication, les échanges et les transactions. Enfin, et c'est fondamental, les compétences dépendent d'un contexte donné et de la situation d'un individu.

Ainsi, les professionnels formés à l'étrangers ont des compétences acquises dans une autre « dimension socioculturelle » que celle des professionnels formés au Canada et au Québec.

Pour Le Boterf (1994, p. 43), est « compétent celui qui est capable de mobiliser, de mettre en œuvre de façon efficace les différentes fonctions d'un système où interviennent des ressources aussi diverses que des opérations de raisonnement, des connaissances, des activations de la mémoire, des évaluations, des capacités relationnelles ou des schémas comportementaux ». Pour mettre en œuvre ce *savoir-mobiliser*, l'individu peut, mais ce n'est pas obligatoire, utiliser des « représentations opératoires », c'est-à-dire des schémas représentant le problème à résoudre, qui ont quatre

fonctions : cognitive (quelle est la situation), prévisionnelle (quelles options sont offertes), décisionnelle (qu'est-ce qu'il faut faire) et normative (comment le faire). Pour pouvoir le mettre en œuvre, l'individu doit avoir une bonne image de lui et confiance en ses capacités de mobilisation. S'il n'utilise pas ses compétences, s'il n'a pas une bonne image de lui, il peut devenir incompetent. Finalement, il va mobiliser plusieurs savoirs : les savoirs théoriques (comprendre), procéduraux (comment faire), les savoir-faire procéduraux (appliquer le savoir procédural), expérientiels (savoir de l'expérience), sociaux (savoir-être) et cognitifs. Tout ce qui va être mobilisé et décrit dans la mise en œuvre des compétences constitue des méta-connaissances.

Pour Wittorski (1998, p. 3) « [f]inalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation ». Selon cet auteur, la compétence regroupe cinq composantes : cognitive, affective, sociale, culturelle et praxéologique qui se situent à trois niveaux : micro (l'individu), méso (environnement social immédiat) et macro (organisation) (Wittorski, 1998, p. 1). C'est dans l'interaction de ces trois niveaux que la compétence se construit. Elle évolue constamment. Sa définition est assez proche de celle de Le Boterf, ainsi que les composantes auxquelles il ajoute les niveaux dans lesquels elles se retrouvent. Il reprend également les trois ressources (biographie et socialisation, expérience professionnelle, formation professionnelle) de Le Boterf qu'il nomme champs, à l'intersection desquels se réalise la compétence.

Epstein et Hundert (2002, p. 226) proposent une définition de la compétence et étudient l'évaluation des compétences professionnelles dans le domaine de la santé, ce qui nous intéresse pour notre recherche. Ils définissent les compétences professionnelles comme « the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflexion in daily practice for the benefit of the individual and community being served ». Assez proches de la définition de Le Boterf, ils ajoutent que la base des compétences professionnelles dans le domaine de la santé est composée de « basic clinical skills, scientific knowledge and moral development » (Epstein et Hundert, 2002, p. 226). Selon eux, les compétences professionnelles dans le domaine de la santé ont quatre fonctions : cognitive, intégrative, relationnelle et affective/moral. Ils en présentent sept dimensions : « cognitive » (le savoir), « technical » (habiletés techniques médicales), « integrative » (jugement, raisonnement), « context » (contexte), « relationship »

(communication, travail d'équipe), « *affective/moral* » (tolérance à l'ambiguïté, respect) et « *habits of mind* » (attention, curiosité, émotion).

Ayant étudié les différentes définitions et approches des compétences en formation dans plusieurs pays (Grande-Bretagne, États-Unis, France et Allemagne), Le Deist et Winterton (2005) développent une typologie de la compétence pour illustrer comment, dans un contexte donné et selon le pays où l'on se trouve, les différentes dimensions de la compétence (les savoirs (knowledge), les savoir-faire (skills) et les savoir-être (behaviour)) sont mises en œuvre pour atteindre la méta-compétence, c'est-à-dire le savoir-agir défini par Le Boterf et Wittorski. On retrouve dans cette typologie plusieurs dimensions déjà identifiées précédemment, regroupées et opérationnalisées.

Tableau 10: Typologie de la compétence Le Deist et Winterton (2005)

	Occupational	Personal
Conceptual	Cognitive competence	Meta competence
Operational	Functional competence	Social competence

Source : Le Deist et Winterton (2005, p. 39)

Les compétences cognitives correspondent au *savoir*, les compétences fonctionnelles au *savoir-faire*, les compétences sociales au *savoir-être* et les méta-compétences au *savoir-agir*. Ce savoir-agir est la mobilisation des trois autres dimensions qui font qu'une personne agit avec compétence, dans une situation de travail donnée (le contexte). Les auteurs parlent également d'*apprendre à apprendre* (learning to learn). C'est dans cette dimension que l'on continue ses apprentissages. Les auteurs ont représenté cette typologie sous la forme d'un tétraèdre (Figure 5).

Figure 5: Modèle holistique de la compétence Le Deist et Winterton (2005)

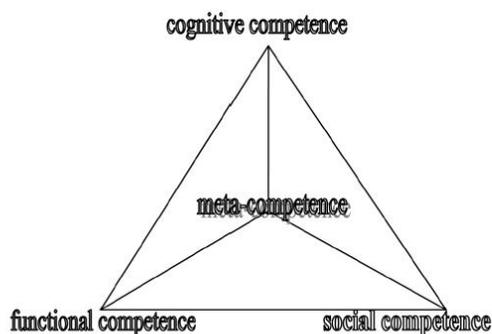


Figure 2. Holistic model of competence.

Source : Le Deist et Winterton (2005)

Ce modèle a été repris et adapté par Milner, Gusic et Thorndyke en 2011 pour analyser le développement des compétences des étudiants postdoctoraux en médecine aux États-Unis à partir du référentiel de compétence de l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Outcome Projet⁶². Ce référentiel propose 6 domaines de compétence : « *patient care* », « *medical knowledge* », « *practical-based learning and improvement* », « *interpersonal and communication skills* », « *professionalism* » et « *system-based practice* » (Milner et al., 2011, p. 1205) que l'on peut retrouver dans la Figure 6.

Figure 6: Modèle d'organisation des compétences professionnelles

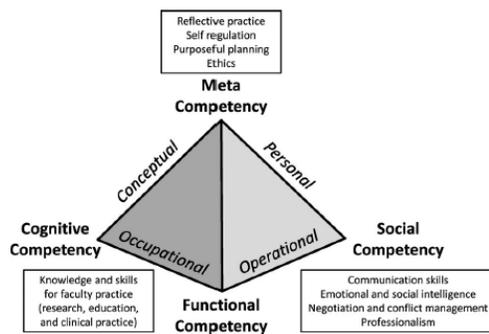


Figure 1 A model to organize faculty competencies. This model is derived from the model proposed by Le Deist and Winterton.⁹ The four areas of competency are represented at the corners of a tetrahedron; the edges of the tetrahedron link pairs of competencies that are related. The boxes contain examples of specific faculty competencies.

Source : Milner et al. (2011)

Ici nous parlons de compétences professionnelles dans le domaine de la santé, et notamment de la profession de médecin. Les auteurs introduisent dans l'analyse le facteur temps. En effet, avant d'être des professionnels, des experts de leur domaine, les étudiants doivent développer leurs compétences. Ils partent donc d'un état, d'une situation où ils sont peu compétents, puis ils développent leurs compétences, acquièrent des connaissances pour passer de « novice » à « expert ». Au début, ce sont des apprentissages de base (*cognitive competency*), puis ils deviennent plus « compétents » et améliorent leurs connaissances et habiletés (*functional competency*). L'expérience leur permet d'acquérir des compétences tacites grâce à la communication et à des interactions avec d'autres personnes. Ils deviennent alors des « experts » parce qu'ils sont capables

⁶² Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) Outcome Project offre un programme de mise en place de référentiels de compétences dans les programmes des facultés de médecine aux États-Unis, ainsi que leur évaluation « valide et fiable ». <http://umm.edu/professionals/gme/competencies>. Ce référentiel est reconnu au Québec par le Collège des médecins dans l'évaluation et la reconnaissance des compétences en vue de l'obtention d'un permis d'exercice dans la province.

de mobiliser des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être pour agir avec compétence dans une situation de travail donnée.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec se sont dotés de référentiels de compétences pour faire en sorte que les étudiants dans ces disciplines deviennent des experts capables de mobiliser des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être pour agir avec compétence.

Dans le cas des infirmières, il s'agit de la mise en œuvre de trois types de compétences – *fonctionnelle, contextuelle et professionnelle* – pour développer *une aptitude à exercer* (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009a). L'Ordre, qui est maître d'œuvre de l'examen qui conduit à l'obtention du permis d'exercice, s'est assuré que ces compétences initiales fassent partie des programmes de formation et soient évaluées lors de l'examen. C'est ce même référentiel qui est utilisé pour l'évaluation et la reconnaissance des compétences des infirmières diplômées formées à l'étranger.

Le référentiel des médecins spécialistes et celui des généralistes sont quasiment identiques. Celui des généralistes (Tannenbaum et al., 2009) est inspiré de celui des spécialistes (Frank et al., 2015) qui est révisé régulièrement. Les sept compétences sont quasiment les mêmes et sont dénommées *rôles*. Le spécialiste doit être un *expert médical, professionnel, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé et érudit*. Le généraliste doit être un *expert en médecine familiale, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel*.

Si les facultés de médecine et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec utilisent des référentiels de compétences, il doit y avoir évaluation de ces compétences. Même si les étudiants américains sont évalués tout au long de leurs études, on évalue seulement le savoir médical, il n'y a pas véritablement de mesure et d'évaluation des compétences (Milner et al., 2011, p. 1208). Pour ce faire, il faut des outils et des méthodes d'évaluation performantes et fiables.

Nous avons vu plus haut que la compétence est un processus, un construit social. Comment évaluer un processus, quels critères objectifs doivent être appliqués, quels indicateurs doivent être utilisés ? S'agissant de l'évaluation des compétences des professionnels formés à l'étranger qui veulent intégrer un ordre professionnel comme les médecins ou les infirmières au Québec, comment les ordres professionnels peuvent évaluer que ces personnes ont les compétences pour répondre au mandat de protection du public et aux différents règlements et lois qui régissent les ordres ?

Pour entrer dans un processus d'évaluation, il faut déterminer d'abord pourquoi on évalue, qui évalue, qu'est-ce que l'on évalue, comment on évalue, quand on évalue et enfin pour qui (Brailovsky et al., 1998, p. 178-179). Les outils d'évaluation utilisés doivent être fiables et répondre aux standards des professions réglementées. Par exemple, à l'Université Laval, à la fin des années

1990, un examen d'évaluation de la compétence clinique a été élaboré avec les facultés de médecine du Québec et le Collège des médecins. Cet outil permet « d'obtenir un portrait de la compétence des candidats à la licence d'exercice et favorise la collaboration des uns avec les autres » (Brailovsky et al., 1998, p. 183). Il s'agit de l'Examen clinique objectif structuré (ECOS). Cet examen est reconnu et a fait la preuve de la fiabilité de ses mesures avec un contenu qui répond aux standards du Collège des médecins. Les situations cliniques et les conditions d'examen sont identiques pour tous les participants, ils sont tous jugés et évalués sur les mêmes critères et peuvent le passer dans une des deux langues officielles de la province.

Nous avons démontré à travers la littérature que la compétence, construit social, est une convention, « c'est-à-dire un accord sur ce qu'est la compétence » (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997, p. 12). Les auteurs s'accordent sur le fait que la compétence n'existe qu'à travers le jugement de l'autre tout comme l'expliquent Eymard-Duvernay et Marchal (1997, p. 12) : « il n'y a pas une compétence existant préalablement au jugement et qu'il s'agirait de découvrir : le jugement contribue à la formation de la compétence ». Les acteurs de la reconnaissance des compétences sont les juges de la compétence des PFE.

2.3. La légitimité

Les immigrants reçus au Québec ont été sélectionnés par le gouvernement, entre autres sur leurs titres de compétences acquis à l'étranger et sur leur profession. Ils s'attendent donc à pouvoir exercer leur profession en arrivant. Même les médecins qui doivent signer un document dans lequel ils déclarent qu'ils sont informés des difficultés qu'ils pourraient rencontrer pour exercer leur profession ont cette attente.

Nous avons vu également que les ordres professionnels au Québec s'assurent que chacun de leurs membres a les compétences et la formation nécessaires à l'exercice légitime de la profession en vue d'assurer le mandat de protection du public.

La légitimité est un concept étudié et appliqué dans plusieurs domaines comme les sciences politiques, les relations internationales ou encore la gestion (Boddewyn, 1995) mais certains, comme Suchman (1995), ne le trouvent pas suffisamment explicité.

Le mot légitimité a la même origine latine que le mot légal - Lex-legis qui réfère à la loi, au droit, au juste (Boddewyn, 1995; Boltanski et Thévenot, 1991). Pour Boddewyn (1995), la légitimité est porteuse de valeurs et c'est ce qui fait l'intérêt du concept. Il en a déterminé trois dimensions : 1) la légalité, c'est-à-dire l'adhésion aux lois édictées par l'État; 2) la conformité, aux normes et valeurs de notre société (ou de l'organisation); 3) la contribution, à des objectifs sociétaux. Pour l'auteur, la

légitimité est la façon dont l'exercice du pouvoir, du contrôle et les comportements sont perçus, respectés et acceptés, ou pas.

Pour Guay et Gagnon (1988, p. 159), c'est « un processus culturel par lequel une autorité ou un pouvoir est reconnu et accepté par un groupe social déterminé » et cette légitimité est assise sur « un milieu de travail qui reconnaît l'autorité cognitive et le pouvoir professionnel. »

Cette définition rejoint celle de Suchman (1995, p. 574) pour qui « [l]egitimacy is a generalized perception or assumption that the actions of an entity are desirable, proper, or appropriate within some socially constructed system of norms, values, beliefs, and definitions » (Suchman, 1995).

La légitimité est ici un construit social reflétant des croyances, des valeurs et des normes partagées. Si l'on considère qu'un comportement est légitime, c'est parce que, comme groupe, nous l'acceptons comme tel. Asseoir sa légitimité est donc utile à l'organisation pour lui donner du sens, faire accepter ses valeurs et ne pas être remise en question. Selon Suchman (1995), deux approches sont possibles pour expliquer la légitimité des organisations. L'approche stratégique, dans laquelle la légitimité est une ressource opérationnelle pour atteindre ses objectifs et l'approche institutionnelle, qui considère la légitimité comme un ensemble de croyances constitutives de définitions culturelles qui institutionnalisent l'organisation.

Il propose trois types de légitimités. La légitimité pragmatique se trouve où la légitimité est voulue par calcul ou par intérêt dans une relation de pouvoirs entre l'organisation et le public. La légitimité morale se veut une évaluation normative positive de l'organisation et de ses activités, de la bonne chose à faire. La légitimité cognitive est obtenue à partir de modèles de règles et de croyances partagées dont le construit, parfois, n'est pas remis en question. C'est selon Suchman (1995) la plus subtile et la plus puissante source de légitimité.

Notre recherche a pour objectif de connaître le point de vue des immigrants et des acteurs de la reconnaissance des compétences sur le sens donné à l'exercice légitime de la profession. Nous aborderons la question de la reconnaissance (professionnelle, sociale, légale, administrative, publique, etc), des normes, valeurs et croyances liées à l'exercice de la profession, de la place de la protection du public, du pouvoir, des compétences à travers le concept de légitimité et la construction des légitimités institutionnelle et professionnelle dans l'analyse des résultats de la recherche.

Afin d'analyser la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences à travers les différents processus d'immigration, de reconnaissance des compétences et d'exercice de la

profession de médecin ou d'infirmière, nous avons choisi de mobiliser la théorie des conventions dans une troisième partie de ce chapitre sur le cadre théorique et conceptuel.

3. La théorie des conventions

Courant de recherche récent développé à la fin des années 1980 en France, l'économie des conventions se fait connaître plus particulièrement lors de la publication d'un numéro spécial de la *Revue économique* dans lequel ses auteurs présentent les réflexions qui les ont menés à cette nouvelle approche des échanges marchands. Afin de proposer « une définition et une délimitation précise du concept [de convention] » (Batifoulier, 2001a, p. 5), ils publient ensuite un ouvrage collectif jetant les bases théoriques du terme convention et présentant la théorie des conventions. Les recherches utilisant la théorie des conventions se sont multipliées depuis et ont permis de répondre aux différentes critiques, notamment sur le manque de dimension politique du programme de recherche. Ces recherches ont été effectuées notamment dans les domaines du droit, de l'économie, du marché du travail, de la finance ou encore de la santé, pour n'en citer que quelques-uns.

3.1. Une approche hétérodoxe récente

En 1989, la *Revue économique*, revue généraliste française qui publie des articles de recherche économique et empirique, consacre un numéro spécial intitulé *L'économie des conventions* sous la direction de six chercheurs français – Jean-Pierre Dupuy, François Eymard-Duvernay, Olivier Favereau, André Orléan, Robert Salais et Laurent Thévenot (Jean-Pierre Dupuy et al., 1989). Les auteurs font le constat que les cadres d'analyses des échanges économiques habituellement utilisés dans les sciences économiques ne répondent plus aujourd'hui adéquatement aux « nouveaux objets d'études » (J-P Dupuy et al., 1989, p. 141). Utilisant le concept de conventions dans une approche interdisciplinaire (sociologie, psychologie, anthropologie, droit, économie), ils font une relecture des relations entre individus, en situation d'échange marchand ou non marchand, qui nécessitent un cadre commun, un accord, une convention pour se coordonner. Le terme convention y est ainsi défini comme « le dispositif constituant un accord de volontés tout comme son produit, doté d'une force normative obligatoire [qui] doit être appréhendée à la fois comme le résultat d'actions individuelles et comme un cadre contraignant les sujets » (J-P Dupuy et al., 1989, p. 143).

Par rapport aux catégories de l'équilibre marchand de la théorie néoclassique, les auteurs présentent leurs réflexions sur différentes rationalités des acteurs et exposent plusieurs conventions sur la base de cette définition. Pour Thévenot (1989), les lois économiques ne sont pas naturelles mais conventionnelles. Salais (1989) aborde l'emploi comme un compromis entre une convention de

chômage et une convention de productivité. Il suggère de mener des recherches empiriques et théoriques sur les conventions de travail. Orléan (1989) présente les conventions financières. Favereau (1989) quant à lui parle de rationalité substantielle et de rationalité procédurale. Dupuy (1989) explique les liens entre le « common knowledge » et les conventions. Enfin, Eymard-Duvernay (1989) développe son approche des conventions de qualité du travail.

C'est le début d'une réflexion qui jette les bases d'une théorie qui sera précisée quelques années plus tard dans un ouvrage collectif.

3.2. Les fondements de la théorie

De nombreuses recherches avec pour base la théorie des conventions ont été menées et exposées dans plusieurs disciplines comme la gestion des entreprises et les référentiels normatifs (Gomez, 1995, 1997; Gomez et Jones, 2000), l'économie de la santé (Batifoulier, 1992, 1999, 2015; Batifoulier et Bien, 2000; Batifoulier et Domin, 2011), le recrutement (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997), le chômage (Eymard-Duvernay, 2012b) ou encore la discrimination (Ghirardello, 2005; Ghirardello et Van Der Plancke, 2006).

Dans « La théorie des conventions » (Batifoulier, 2001b), les fondateurs de la théorie des conventions exposent les assises théoriques de la réflexion amorcée précédemment sur les conventions en présentant les origines du concept et leurs réflexions sur des applications dans des environnements variés.

Même si les auteurs notent qu'il est difficile de définir et de délimiter précisément le concept de convention, Batifoulier (2001a, p. 5) explique qu'une convention permet la coordination d'acteurs rationnels dans les « petites [mais incertaines] décisions de tous les jours » (par exemple : faut-il rouler à droite ou à gauche) mais également pour des « choix économiques importants ».

Les premières sont caractérisées par exemple dans l'habitude de rouler à droite ou d'écrire de gauche à droite. Ce sont des conventions que l'on applique sans se demander pourquoi, sans se questionner sur leur origine, par mimétisme. On pourrait tout aussi bien rouler à gauche et écrire de droite à gauche. La convention est ici arbitraire. Une autre convention aurait pu être appliquée, mais c'est celle-ci qui a permis la coordination entre les individus. Moyen de se coordonner avec d'autres acteurs, la convention prend sens dans un collectif et se pose comme « règle de comportement » (Batifoulier et de Larquier, 2001, p. 13) qui n'implique pas de sanctions explicites si elle est bafouée, comme c'est le cas avec une loi par exemple.

Les secondes interviennent dans les décisions que doivent prendre les individus dans le domaine économique.

On trouve plusieurs exemples dans le domaine du marché financier, mais nous nous intéressons plutôt au marché du travail, notamment lorsqu'il s'agit de recrutement. En effet, un recruteur qui doit évaluer les compétences et déterminer la valeur des candidats pour répondre au besoin de l'organisation utilise des outils et juge des compétences des candidats selon des critères préétablis comme l'expérience professionnelle ou encore les diplômes. Comme il ne peut juger avec certitude la personne et évaluer ses compétences *a priori*, il va utiliser des critères et des normes qui l'aideront à prendre une décision rationnelle et lui permettront de justifier et légitimer sa décision (Batifoulier et de Larquier, 2001; Eymard-Duvernay et Marchal, 1997). Par exemple, un recruteur peut utiliser le CV des candidats et s'appuyer sur les diplômes et les postes déjà occupés pour évaluer les compétences des candidats les uns par rapport aux autres, la convention de compétence est alors fondée sur les qualifications (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997, p. 25-26). Il juge sa décision rationnelle et justifiable puisque tous les candidats sont jugés sur les mêmes critères : le diplôme et les postes précédemment occupés⁶³.

Les conventionnalistes présentent deux approches des fondements théoriques de la théorie des conventions, l'approche stratégique et l'approche interprétative des conventions.

Dans l'approche stratégique, c'est l'intérêt qui régit les comportements des acteurs, plutôt que la sanction. Les individus vont se coordonner ou coopérer selon une stratégie ou une règle, qu'ils vont appliquer. Il s'agit ici « d'analyse syntaxique » (p. 21). Les auteurs mobilisent la théorie des jeux pour expliquer ces comportements et ce qui fait convention entre les individus, et s'appuient sur les travaux de Lewis (Lewis, 1969) qu'ils considèrent comme un des premiers promoteurs de la théorie économique des conventions.

Dans l'approche interprétative, les conventions sont plus que des règles de comportement et les acteurs n'agissent pas uniquement par intérêt. Ils interprètent la règle, c'est-à-dire qu'ils lui donnent un sens. De plus les individus sont capables d'évaluation et de jugement par rapport aux conventions. Les auteurs parlent « d'analyse sémantique » (Batifoulier, 2001b, p. 21). Cette approche est présentée en référence aux travaux de Keynes (2003) dans le chapitre 12 de la Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie (Batifoulier, 2001b, p. 22). C'est cette approche que les fondateurs de la théorie des conventions développent et mobilisent dans leurs recherches.

Des critiques sur le manque d'un volet politique à la théorie des conventions ont été émises à l'encontre de ce programme de recherche (Kirat et Raveaud, 2002). De son côté, Allaire (2001b, p. 1), dans une note présentant l'ouvrage, considère qu'« [il] est à la hauteur de l'ambition affichée dans le titre ». Cependant, il souligne que « la pluralité des collectifs » n'est pas totalement intégrée

⁶³ Nous y reviendrons dans la section où nous exposons notre utilisation de la TC pour notre analyse concernant la sélection et l'évaluation des compétences des infirmières et des médecins étrangers qui viennent s'établir au Québec.

dans la démarche de l'économie des conventions qui néglige des « types de collectifs essentiels, comme par exemple les groupes professionnels, qu'il faut sans doute étudier pour enrichir l'analyse de la formation de l'identité collective » (Allaire, 2001b). Selon lui, c'est « dans ce cadre collectif, et non dans un cadre inter-individuel, que l'on peut introduire les conflits comme un élément de dynamique des conventions » (Allaire, 2001b, p. 5). Il rejoint en cela Favereau (1997, p. 499) qui écrit également que « le collectif ne se réduit pas à de l'interindividuel » et affirme que « les acteurs individuels sont seuls fondamentaux [et que les acteurs collectifs] sont, en quelques sorte, des acteurs dérivés ». Dans son texte, Favereau (1997) introduit les conventions dans les domaines des relations industrielles - les syndicats, la négociation et la grève - en démontrant que :

[...] des travaux, bien connus des spécialistes des relations industrielles, mais isolés les uns des autres, ont localement et partiellement résolu les problèmes relevés dans la première partie, et que ces travaux, une fois rapprochés les uns des autres, se situent, je crois, dans le droit fil des orientations méthodologiques de l'économie des conventions – de sorte que ce programme de recherche se trouve d'ores et déjà enrichi de travaux qui l'ont anticipé, en attendant de futures contributions originales (Favereau, 1997, p. 499-500).

Ce que ces critiques mettent en avant, c'est que l'on ne doit pas seulement se situer dans une analyse micro des comportements individuels et dans une analyse macro des règles générales. Il faut considérer le niveau méso qui analyse les professions et les compétences. C'est très important pour notre recherche car c'est là que se construit le sens de la sélection, de l'évaluation et du parcours des DHCEU et des IDHQ.

Les résultats de plusieurs recherches présentés dans un ouvrage collectif dirigé par François Eymard-Duvernay et publié en 2006 (Eymard-Duvernay, 2006) ont permis aux auteurs de répondre aux critiques et de solidifier les fondements théoriques de ce programme.

3.3. L'utilisation de la théorie des conventions pour notre analyse

Nous avons choisi de mobiliser la théorie des conventions pour cette recherche pour sa pertinence à répondre à notre question de recherche et pour analyser le processus qui va de l'évaluation des candidats à l'immigration jusqu'à l'exercice d'une profession réglementée comme les médecins ou les infirmières. Les règles, les normes et les critères utilisés par les acteurs institutionnels pour se coordonner dans ce processus sont autant de conventions mobilisées. Nous avons plus précisément travaillé à partir de l'approche et des travaux de François Eymard-Duvernay sur les conventions de qualités, ou les conventions de compétence, la pluralité des formes de coordination, le jugement de la qualité du travail, l'évaluation des compétences, la justesse et la justice dans les recrutements (Eymard-Duvernay, 1989, 2008, 2012b; Eymard-Duvernay et Marchal, 1997).

Dans son article intitulé « Conventions de qualité et formes de coordination », Eymard-Duvernay (1989) explique qu'il n'y a pas un seul modèle de coordination mais que les acteurs ont le choix entre plusieurs modèles. Il prend l'exemple des modes de définition des conventions de qualité des biens pour étayer ses propos. Selon l'auteur, il existe plusieurs façons de juger de la qualité d'un bien et plusieurs modes d'évaluation. Dès que les individus se mettent d'accord sur une définition de la qualité, sur une convention de qualité, ils utilisent des critères d'évaluation de cette qualité. Cette réflexion sur les modes de définition de la qualité ayant été peu abordée, Eymard-Duvernay propose de développer son approche en traitant de la qualité des biens dans le marché. La qualité d'un bien ne résulte pas d'un équilibre de l'offre et de la demande mais plutôt de « situations complexes faisant intervenir différentes formes de coordination » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 332). L'incertitude sur la qualité d'un bien, dépendamment de la personne qui évalue la qualité du bien, produit un déséquilibre sur le marché. En effet, une valeur est attribuée au produit par différents acteurs, le producteur, le vendeur ou l'acheteur. Le jugement de la qualité du produit diffère selon le point de vue de ces derniers et des critères en fonction desquels se fait l'évaluation. Si dans le marché, la qualité d'un bien est évaluée en fonction de l'offre et de la demande ou en fonction de sa rareté, cela se traduit dans la fluctuation de son prix. L'évaluation de la qualité d'un bien non marchand sur laquelle offreurs et demandeurs s'accordent, qui a « validité générale » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 335), se fait à l'aide de classifications et de standards⁶⁴, comme dans le marché de l'emploi par exemple. Dans ce contexte, les classifications ne sont pas flexibles et ne s'ajustent pas, comme les prix, à l'offre et à la demande. Si un produit ne rentre pas dans les normes, il est rejeté. Si l'on envisage qu'il existe plusieurs définitions de la qualité, objectivées et qui ne varient pas dans le temps, on considère alors qu'il doit y avoir des intermédiaires qui verront à ce que les transactions soient justes, c'est-à-dire que la qualité du produit sera « validé sur la base de données étrangères aux contrats » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 336). Il est nécessaire d'avoir l'information sur le produit permettant de juger s'il est bon ou mauvais. Comme la qualité est perçue *a priori* et différemment par les acheteurs et les producteurs, chacun jugeant la qualité d'un produit selon sa perception, établir des normes de qualité est une solution au problème. Les recherches révèlent deux formes de coordination pour les organisations lors des échanges non marchands, marquées par deux modes d'objectivation distincts.

⁶⁴ Par exemple les professions et catégories socioprofessionnelles en France créée par l'INSEE Desrosières, A. et Thévenot, L. (2000). *Les catégories socioprofessionnelles* (4e éd. --^e éd.). La Découverte. ou la classification nationale des professions au Canada mise en place par Statistique Canada et le Gouvernement du Canada (<https://noc.esdc.gc.ca/Accueil/>)

Une première forme est caractérisée par des standards, des normes ou des procédures, moyens et instruments d'évaluation des transactions. En ce qui concerne les compétences des médecins et des infirmières, les organes de réglementation professionnel (ordres professionnels et établissements d'enseignement par exemple) mettent en place des référentiels de compétences, des normes et des standards pour l'exercice de la profession. Chaque individu qui veut exercer cette profession doit, à travers plusieurs évaluations (stages, examens par exemple), démontrer que ses compétences répondent à ces standards. Pour une personne immigrante, même si elle a déjà été formée selon des standards sanctionnés par un diplôme reconnu internationalement et qu'elle a une expérience professionnelle de plusieurs années, elle devra être évaluée, de nouveau, selon les standards canadiens et québécois.

Dans la deuxième forme de coordination, ce sont le nom, la marque, « l'autorité hiérarchique du chef d'entreprise » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 344) qui fondent sa valeur sur une réputation de qualité établie dans le temps. Ainsi, la qualité des transactions est justifiée, garantie et jugée sur un nom, une marque plutôt que sur des standards et des normes techniques. Ce sont deux formes de jugement de la qualité d'un produit, soit deux conventions de qualité distinctes.

Selon l'auteur, il n'existe pas de hiérarchie entre les différentes conventions de qualité, elles sont réunies et coexistent dans un tissu industriel complexe. Cependant, cette coexistence « n'est jamais parfaitement stabilisée » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 347), ce qui occasionne des tensions entre les différentes conventions de qualité. En effet, plusieurs conventions de qualité, ce sont différentes formes de coordination qui ont cours en même temps. Dans le cadre de notre recherche, nous regardons quelles sont les tensions occasionnées par la coexistence de différentes conventions de qualité. Par exemple, la convention de compétence dans le processus de reconnaissance des compétences par le Collège des médecins du Québec et la convention de compétences selon les facultés de médecine.

Chaque branche d'activité connaît plusieurs formes de coordination, donc différents modes d'évaluation selon différents critères d'évaluation. L'arbitrage entre ces différents modes d'évaluation est réalisé dans des politiques industrielles qui doivent assurer le « maintien de la cohérence » (Eymard-Duvernay, 1989, p. 347) entre ces principes pluriels d'évaluation. Des recherches empiriques⁶⁵ menées dans plusieurs branches d'activité, en complément de sources statistiques, font ressortir trois modèles d'entreprise correspondant à trois principes de jugement de la qualité, c'est-à-dire à trois conventions de qualité : jugement par rapport à la loi du marché, à des

⁶⁵ Eymard-Duvernay fait références aux travaux de Caves, R. E. et Porter, M. E. (1977). From entry barriers to mobility barriers: Conjectural decisions and contrived deterrence to new competition. *The quarterly journal of economics*, 241-261. et à Eymard-Duvernay, F. (1987). Les entreprises et leurs modèles. *Cahiers du CEE*, 30. .

standards industriels ou à l'origine du produit. À chacune de ces conventions sont rattachées des « configurations particulières » des ressources mises de l'avant dans chacun des modèles de production.

Eymard-Duvernay (1989) propose donc une lecture des différentes formes de coordination des échanges face à l'incertitude sur la qualité d'un produit. Les différentes formes de jugement de la qualité de ce produit sont des conventions de qualités distinctes et leur coexistence n'est pas à l'abri de tensions puisque différents principes de coordination doivent s'accorder.

Avec Emmanuelle Marchal (1997), il s'intéresse plus particulièrement au marché du travail. Ils traitent non plus de la qualité d'un bien marchand, mais de la qualité du travail et de l'emploi. Dans un contexte de recrutement, ils se demandent comment les employeurs vont s'assurer des compétences d'un employé avant de l'avoir vu à l'œuvre au travail. Pour notre recherche, nous transposons ce cadre de recherche dans les processus d'immigration, de reconnaissance des compétences des PFE et leur intégration dans la profession. Nous analysons comment le gouvernement s'assure de sélectionner le « bon » immigrant, celui qui a le meilleur « potentiel pour gagner sa vie », comment les ordres professionnels évaluent que les immigrants ont les compétences nécessaires à l'exercice de leur profession au Canada et au Québec pour répondre à leur mission de protection du public ou encore comment les immigrants perçoivent la qualité de leurs compétences pour exercer leur profession au Canada et au Québec.

Selon Eymard-Duvernay (2012a, p. 9), il y a incertitude sur la qualité du travail, qualité qui est « construite conventionnellement par des jugements dans le cadre d'épreuves. La qualité est conventionnellement construite par les épreuves d'évaluation. Avant les épreuves, les acteurs sont dans un contexte de rationalité limitée et d'incertitude radicale. Les épreuves rendent objectives, mesurables, comparables entre elles les qualités, en un mot les établissent ». C'est donc dans les épreuves que se construisent les conventions. Eymard-Duvernay s'intéresse à l'entreprise et aux individus. Nous nous intéressons plutôt à des institutions dont les incertitudes et les conventions peuvent être en conflits.

Dans leur ouvrage, Eymard-Duvernay et Marchal (1997, p. 12) proposent une démarche expliquant la construction du jugement des compétences à travers des épreuves et établissent une « carte des façons de juger ». Selon eux, la compétence est une convention, résultat d'accords collectifs sur différentes formes de jugement, sur laquelle s'appuient les acteurs face à l'incertitude du recrutement et des compétences des candidats. Plus précisément, les auteurs analysent la façon de juger ici du recruteur considérant le jugement comme une action.

Nous insistons en particulier sur les variations de jugement suivant différentes postures de l'évaluateur, différentes façons d'agencer les relations avec son environnement (candidats, clients, collègues, etc.). Cette approche permet de montrer le caractère

conventionnel de la compétence des personnes : celle-ci n'est pas une caractéristique quasi-naturelle (que cette nature soit régie par des lois psychologiques, sociales ou économiques), mais varie suivant des conventions (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997, p. 13)

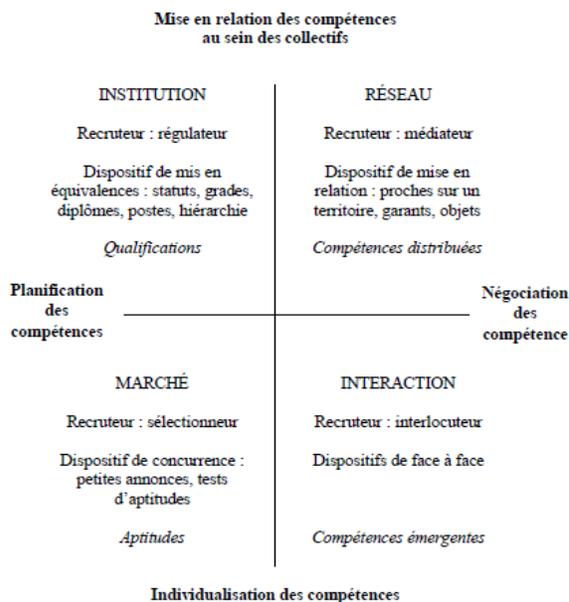
Le jugement « idéal » doit être équilibré. La personne qui juge les compétences, le recruteur par exemple, doit pouvoir justifier la façon dont il a évalué les candidats tout en prenant en considération sa propre perception de ces personnes, répondre aux intérêts des parties concernées et examiner les situations particulières. Pour ce faire, on doit conserver une tension entre les différentes conventions de compétences identifiées et « contradictoires » (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997, p. 13).

Le jugement discrimine, dans le sens où l'on fait un choix, un tri, et le jugement exclut. Il peut être le résultat de la mobilisation d'une seule forme universelle de jugement parce qu'on la trouve suffisante ou encore par contrainte économique. Le recruteur utilisera certains critères (diplôme, critères démographiques) pour trier un nombre important de CV ou encore des tests pour éliminer les candidats n'ayant pas les bonnes aptitudes pour que cela soit plus économique en temps et financièrement⁶⁶.

Les auteurs ont déterminé quatre régimes d'action des recruteurs, c'est-à-dire quatre formes de jugement des compétences, soit quatre conventions de compétence (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997, p. 25) : institution, marché, réseau et interaction, que nous reproduisons à la Figure 7.

⁶⁶ Ce que les auteurs soulignent ici, ce n'est pas le comportement discriminatoire réprimé par la loi. C'est la façon dont les candidats sont jugés *a priori* et l'exclusion qui en résulte : « Est discriminatoire selon notre point de vue un jugement qui vise à discriminer des individus en s'appuyant sur des caractéristiques irréversibles. Ce comportement alimente nécessairement le chômage de longue durée » Eymard-Duvernay, F. et Marchal, E. (1997). *Façons de recruter: le jugement des compétences sur le marché du travail*. Editions Métailié. .

Figure 7: Les régimes d'action des recruteurs (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997)



Source : Eymard-Duvernay et Marchal (1997, p. 25)

Sur l'axe vertical de la Figure 7, les compétences sont considérées d'un point de vue holiste ou d'un point de vue individuel. Sur l'axe horizontal, les auteurs opposent les compétences planifiées aux compétences négociées.

Dans le régime **institution**, le recruteur juge selon des règles et évalue les candidats par rapport à des catégories (diplômes, statuts ou poste par exemple) mises en équivalence. Le candidat est évalué selon sa qualification. Dans un marché du travail segmenté, les qualifications sont déterminées par les institutions qui délivrent les diplômes et titres de compétences comme les établissements d'enseignements ou les organismes professionnels où les candidats ont suivi leur formation. Elles permettent de les classer dans des groupes. Cette forme de jugement s'oppose au régime **d'interaction** dans lequel le recruteur évalue le candidat à travers un échange en face à face et se fie à son intuition. Les compétences y émergent de l'interaction entre le recruteur et le candidat. Ce type d'évaluation peut être qualifié d'arbitraire.

Dans le régime de **marché**, le recruteur sélectionne et met en concurrence les candidats sur des critères qui permettent de faire des tris (sur les CV par exemple), à l'aide de tests et de référentiels de compétences. Le candidat est évalué sur ses aptitudes. C'est, selon les auteurs, la forme de jugement la plus discriminatoire. Elle s'oppose au régime du **réseau** dans lequel les candidats sont mis en relation avec le recruteur. Ces relations témoignent de l'expérience des candidats et attestent de leurs compétences. Les compétences sont ici distribuées.

Pour Eymard-Duvernay et Marchal (1997), il n'y a pas un régime qui prévaut sur un autre. La pluralité des conventions est nécessaire. Pour permettre un jugement équilibré des compétences, des passages entre les conventions doivent être opérés par les recruteurs, le déséquilibre pouvant être un facteur de discrimination et d'exclusion. De plus, la convention n'étant pas figée, elle peut être modifiée.

Le jugement porté lors d'épreuves d'évaluation doit se faire avec « justesse » (on mesure de façon exacte) et « justice » (on mesure de façon légitime) (Eymard-Duvernay, 2012a, p. 9).

Le jugement est complexe et a plusieurs dimensions : « cognitive » (basé sur des valeurs), « éthique » (conception du bien et du mal), « sociale » (acceptation de la conception du bien) et « politique » (principes de justice) qui répondent à des incertitudes possédant les mêmes dimensions (Eymard-Duvernay, 2012a, p. 10).

Des contraintes comme des courts délais ou des contraintes financières entraînent des conséquences sur le jugement. Par exemple, comme nous l'avons vu dans le régime de marché, l'utilisation de critères qui peuvent être quantifiés permet une hiérarchisation et un classement. On touche là la dimension cognitive du jugement, mais les dimensions éthique, sociale et politique ne sont pas prises en compte (Eymard-Duvernay, 2012a). Dans notre recherche, on peut penser aux grilles de sélection du MIFI qui sont une première étape de tri, selon des critères préétablis, avant l'entrevue finale pour la délivrance du CSQ. Les candidats à l'immigration économique sont jugés selon des critères mesurables qui sont les mêmes pour tous.

Les conventions de qualité du travail, ou conventions de compétences, sont des « cadres de jugements » mobilisant des valeurs (dimension éthique) en construction dans des collectifs (dimension sociale) dans lesquels sont mobilisés des critères de justice (dimension politique) (Eymard-Duvernay, 2012a, p. 14). Le jugement doit s'opérer dans ces trois dimensions sans en occulter une sous peine de voir les évaluations être trop sélectives et mener à l'exclusion ou à la discrimination comme l'explique Eymard-Duvernay (2012a, p. 14) : « Ce jugement d'une grande complexité est fréquemment tronqué de ses dimensions éthique et politique. Il ne reste plus alors qu'une opération de sélection, sur la base de critères quantifiables. C'est l'origine du chômage d'exclusion. » Nous analysons les processus de reconnaissance des compétences des médecins et infirmières immigrants à travers ces « cadres de jugement » et discutons des conséquences pour ces professionnels formés à l'étranger dans le chapitre 6 de cette recherche.

3.4. Les épreuves

Selon Eymard-Duvernay (2012a), pour juger de la qualité du travail, il faut l'évaluer. Cette évaluation se fait au travers d'épreuves, et c'est à travers les épreuves que se construisent les

conventions. La qualité du travail est « construite conventionnellement par des jugements dans le cadre d'épreuves. La qualité est conventionnellement construite par les épreuves d'évaluation. Avant les épreuves, les acteurs sont dans un contexte de rationalité limitée et d'incertitude radicale. Les épreuves rendent objectives, mesurables, comparables entre elles les qualités, en un mot les établissent. » (Eymard-Duvernay, 2012a, p. 9)

La qualité de l'épreuve doit aussi être évaluée, dans les deux dimensions de justesse et de justice mentionnées précédemment.

Les épreuves servent à évaluer (on a besoin de mesurer les qualités), à sélectionner (on a besoin de faire un tri, d'établir une hiérarchie) et à justifier notre décision (sur quel critère avons-nous fait notre choix). Dans un processus de recrutement, l'employeur peut choisir de sélectionner une personne qui, *a priori*, a les compétences pour combler le poste offert à partir d'un CV dans lequel on retrouve les diplômes requis et le nombre d'années d'expérience professionnelle requis. Ce sont les critères qui permettent de justifier notre choix, les différents candidats seront triés selon qu'ils répondent à plus ou moins de critères. On choisit ensuite de les convoquer, ou pas, en entrevue. Cette deuxième épreuve, lors de laquelle d'autres critères pourront être appliqués, permettra de choisir le candidat qui répond le mieux aux critères déterminés dans l'offre d'emploi.

Ce sont donc une succession d'étapes qui vont conduire les chercheurs d'emploi vers l'emploi ou le chômage. Il faut réussir chaque épreuve pour réussir à obtenir un emploi. En cas d'échec, la personne est exclue du parcours et c'est pour elle le chômage d'exclusion.

Il faut prendre en considération également que l'épreuve est « une situation dans laquelle opère le jugement et ses conséquences en termes de valorisations ou de dévalorisation des personnes (et donc d'inégalité entre les personnes). » (Eymard-Duvernay et Remillon, 2012, p. 109) La réussite des épreuves amène les individus à porter un jugement de valeur sur leur parcours (on parle alors de valorisation) et améliore l'employabilité de la personne. À l'inverse, une succession d'échecs risque de mener au chômage, à l'exclusion et donc à la dévalorisation. Quand on utilise la notion d'épreuve, on l'associe parfois à la souffrance. En effet, on endure, on surmonte, on affronte ou encore on traverse une épreuve. Pour Eymard-Duvernay et Remillon (2012, p. 111) il y a une « dimension de violence dans l'épreuve et quelque chose d'artificiel » et cela « permet d'accentuer les inégalités. »

Enfin, les auteurs utilisent le concept de *capabilités* au sens de Sen (1995) qu'ils traduisent dans leur approche par « capacités ». Si l'employabilité représente le jugement de l'employeur sur la qualité de l'emploi, la « capacité » ou « capacité-emploi » représente plutôt l'évaluation de l'individu sur la qualité de l'emploi (Eymard-Duvernay et Remillon, 2012, p. 113). Ainsi, les caractéristiques individuelles des individus et leur bagage professionnel et scolaire sont des

capacités-emploi qui « conditionne[nt] l'accès à un emploi » (Eymard-Duvernay et Remillon, 2012, p. 115).

Les limites de la théorie des conventions

Si la théorie des conventions est pour nous la plus appropriée pour notre recherche, nous constatons qu'elle a tout de même quelques limites.

D'abord, les théoriciens des conventions ne se sont intéressés, à notre connaissance, ni aux ordres professionnels, ni aux personnes immigrantes. Ensuite, Eymard-Duvernay s'intéresse à une relation à deux, l'employeur et le chercheur d'emploi, alors que dans notre recherche, il y a plusieurs acteurs. De plus, comme nous l'avons vu dans la présentation des concepts centraux de notre recherche, ces derniers ont été peu abordés par les conventionnalistes. Enfin, selon nous, les auteurs de la théorie des conventions n'insistent pas assez sur les institutions qui sont derrière les épreuves pour les comprendre.

Nous présentons dans la prochaine section le cadre conceptuel ainsi que le cadre d'analyse de notre recherche.

4. Le cadre d'analyse

Les DHCEU et les IDHQ doivent faire reconnaître leurs acquis et leurs compétences pour pouvoir exercer leur profession. Une fois les **compétences** évaluées et les PFE jugés aptes à exercer leur profession, ils ont légalement le droit d'exercer, mais sont légitimés dans leur **profession** lorsque leurs collègues, leur hiérarchie et la patientèle les reconnaîtront compétents et **légitimes**.

Le processus migratoire et d'intégration professionnelle des IDHQ et des DHCEU est jalonné d'un ensemble d'évaluations et de jugements sur leur apport économique au Québec et leur valeur professionnelle. Est-ce que ce sont de bons candidats à l'immigration ? En quoi ces professionnels répondent aux besoins économiques de la province ? Ont-ils les compétences attendues pour exercer leur profession ? Quelle est la valeur de leurs diplômes par rapport aux diplômes québécois ? Autant de questions et d'incertitudes auxquelles les conventions permettent de répondre.

Les acteurs institutionnels de l'immigration, de l'évaluation des compétences, de l'intégration professionnelle coordonnent leurs actions et réduisent leurs incertitudes en se dotant d'outils d'évaluation pour juger de la valeur des IDHQ et des DHCEU, les épreuves.

Nous avons présenté dans la section précédente les trois concepts centraux de notre analyse, soit les compétences, les professions et la légitimité. Nous expliquons d'abord dans cette section comment ces concepts sont interreliés pour notre analyse. Ensuite, nous présentons les trois processus par

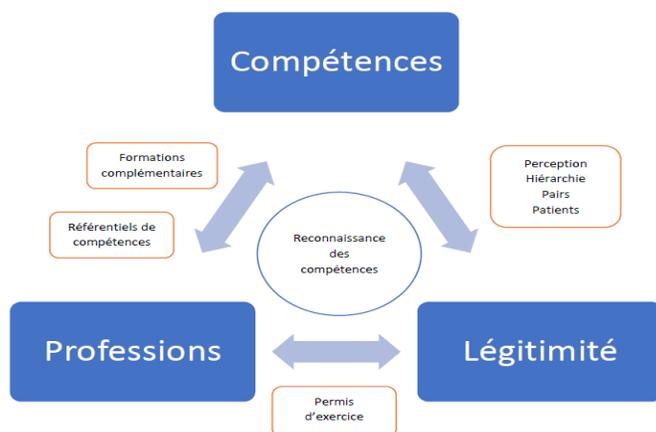
lesquels les PFE doivent passer entre leurs démarches d'immigration et leur intégration professionnelle. Enfin, nous dévoilons dans une dernière partie le cadre d'analyse que nous utilisons pour répondre à notre question de recherche et aux objectifs de la recherche.

4.1. Les concepts de l'analyse

Dans la Figure 8, nous avons liés les trois concepts présentés dans la section précédente.

Afin d'obtenir une légitimité institutionnelle par la délivrance du permis d'exercice de leur profession, les DHCEU et les IDHQ doivent faire reconnaître leur formation initiale et leur expérience professionnelle par les ordres professionnels. Les compétences sont évaluées par les ordres professionnels (ou des tierces-parties) à l'aide de référentiels de compétences. Une fois les compétences évaluées et les PFE jugés aptes à exercer leur profession, ils ont légalement le droit d'exercer grâce au permis octroyé par les ordres professionnels, ils ont donc une légitimité institutionnelle. Ce sont ensuite, en emploi, que leurs pairs, leur hiérarchie ou encore leurs patients vont reconnaître leurs compétences professionnelles et ainsi leur conférer une légitimité professionnelle.

Figure 8: Cadre conceptuel de la recherche



L'analyse va nous permettre de questionner la façon dont les acteurs jugent de la qualité et de la valeur des immigrants et de vérifier si le processus est efficace ou pas pour que les IDHQ et les DHCEU exercent leur profession.

4.2. Les processus analysés

Afin de répondre à la question de recherche et aux objectifs de recherche, nous avons choisi de procéder à l'analyse des résultats dans les trois processus à travers lesquels doivent passer les IDHQ

et les DHCEU : le processus d'immigration, le processus de reconnaissance des compétences et le processus d'intégration dans la profession.

4.2.1. *Le processus d'immigration*

Pour répondre à ses besoins démographiques et économiques, le Québec compte sur l'immigration. Fort de son autonomie par rapport au reste du Canada pour sélectionner les personnes qu'il désire accueillir à l'intérieur de la catégorie économique, le gouvernement québécois se trouve dans la même position qu'une entreprise qui a des besoins de main-d'œuvre. Il veut choisir les meilleurs candidats, ceux qui répondront au mieux à ses besoins. Pour ce faire, comme un employeur, il doit établir ses besoins, planifier le nombre de personnes qu'il veut accueillir, déterminer le profil socioéconomique de ces immigrants, annoncer ses besoins, trier des dossiers de candidatures, rencontrer des candidats et faire des choix. Ainsi, depuis 1996, le MIFI a élaboré sa propre grille d'évaluation (auparavant, il utilisait la grille fédérale) qui fonctionne selon un système de points octroyés en fonction de plusieurs critères. La grille a été modifiée plusieurs fois depuis 1996 pour répondre aux besoins économiques de la province qui évoluent au fil des années⁶⁷. Le bassin de candidats s'est également diversifié.

Les critères que l'on retrouve depuis 1996 dans chacune des grilles sont : l'âge, la connaissance du français, le niveau de scolarité, le domaine de formation, la formation privilégiée, la profession. Le nombre de points attribués à chacun de ces critères a été modifié au fil des années pour refléter les besoins changeants de la province (voir section sur les grilles dans chapitres résultats 4 et 5). Cette sélection devrait être juste et équilibrée (Eymard-Duvernay & Marchal, 1997, p. 13). Comme les points attribués ne prennent pas en considération les situations particulières, la décision d'ajouter une entrevue à des critères chiffrés qui viendra valider une candidature répond aux caractéristiques d'un jugement équilibré de Eymard-Duvernay et Marchal (1997) : « [Le jugement] doit pouvoir s'exprimer dans des justifications générales, détachées de circonstances et de personnes particulières; il passe par des perceptions qui emportent la conviction, l'appuient sur la réalité des personnes et des choses; il est orienté par la visée du bien qui s'exprime dans la satisfaction des intérêts mutuels; il s'exerce en situation, aménageant des règles générales ». (Eymard-Duvernay & Marchal, 1997, p. 13)

Les critères de jugement doivent pouvoir s'appliquer à tous pour être justes et les acteurs doivent pouvoir les justifier. On peut toujours trouver des arguments pour justifier des décisions, mais pour qu'elles soient perçues, en plus d'être reconnues, comme justes, elles doivent être établies à partir

⁶⁷ Une synthèse détaillée des grilles de sélection pour chacune des professions est présentée dans les chapitres 4 et 5 de cette recherche.

d'objets éprouvés. On ne peut se contenter de perceptions pour juger de façon objective. « Le jugement doit donc maintenir une tension entre la perception des personnes et des choses et la capacité d'énonciation des règles générales » (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997, p. 14). Dans le cadre de cette recherche, il s'agit des critères d'employabilité, c'est-à-dire le niveau d'études des immigrants, les domaines de formations ou encore la profession, auxquels on accorde des points. Le gouvernement a intérêt à sélectionner des immigrants ayant le plus haut degré d'employabilité. Mais est-ce que tous les acteurs y trouvent leur compte ? En effet, les parties sont-elles satisfaites par le jugement ? Les juges, en s'appuyant sur des objets d'évaluation éprouvés (les grilles de sélection) économisent du temps sur l'étude des dossiers des candidats à l'immigration et les évaluent tous à partir des mêmes critères. Les futurs immigrants comprennent que le Canada et le Québec pratiquent une immigration choisie, cela crée des attentes pour les candidats à l'immigration. Évalués et sélectionnés selon ces critères bien précis, ils s'attendent à ce que ces critères soient reconnus pour leur intégration professionnelle. L'entrevue de sélection vient compléter l'action de jugement en permettant de prendre en compte des situations particulières. « Ce processus de déconstruction et de reconstruction des qualifications est à l'origine des tensions qui caractérisent la recherche de l'équilibre dans le jugement » (Eymard-Duvernay et Marchal, 1997, p. 15).

4.2.2. *Le processus de reconnaissance des compétences*

Comme nous l'avons vu dans les approches de Eymard-Duvernay and Marchal (1997) sur les régimes d'action des évaluateurs et celle de Eymard-Duvernay (2012a) sur les jugements de qualité responsables de la sélection de la main-d'œuvre, les PFE, dans leurs processus d'immigration et d'intégration dans leur profession, vont être évalués à l'aune d'une convention de qualité, celle de leurs compétences. À la différence de la première évaluation, du premier jugement sur leurs compétences par le MIFI, plusieurs acteurs vont participer à l'évaluation de leurs compétences, sur les mêmes critères que ceux utilisés par le MIFI, c'est-à-dire les diplômes, le niveau d'étude, la connaissance du français et le domaine d'études. En effet, pour supprimer l'incertitude quant à la compétence d'un médecin ou d'une infirmière immigrante, on va juger dans une convention, donc à travers des normes et/ou des critères. Face à cette incertitude, les juges (les ordres professionnels, l'OQLF, les établissements d'enseignement, etc.) pourraient décider de demander aux PFE de repasser des examens, de refaire la preuve de leurs compétences.

Nous nous interrogeons alors sur les régimes d'action qui sont mobilisés par les acteurs et si le jugement est suffisamment équilibré pour éviter la discrimination et l'exclusion. Les deux professions étudiées utilisent des référentiels de compétences pour établir les syllabus des cours et préparer les examens lors de la formation au Québec. Nous nous questionnons sur l'utilisation de

ces outils d'évaluation développés par des Nord-américains pour des Nord-américains et nous demandons s'ils ont un impact sur la justesse et la justice du jugement. La question se pose également de savoir si nous sommes, dans certains cas, devant une incomplétude entre le jugement général (appartenance à un groupe) et local (perceptions) (Eymard-Duvernay & Marchal, 1997).

4.2.3. Le processus d'intégration dans la profession

Une fois que les PFE ont passé toutes les épreuves d'évaluation et reçu leur permis d'exercice, ils vont devoir encore être jugés afin d'exercer leur profession légitimement. Comme nous l'avons écrit dans la description du cadre conceptuel, une fois jugés aptes à exercer leur profession, les PFE sont légitimés dans leur profession lorsque leurs collègues, leur hiérarchie et la patientèle les reconnaissent compétents et légitimes. Cependant, des études ont montré par exemple que certaines infirmières françaises qui avaient passé les étapes de reconnaissance des compétences et exerçaient en établissement ne se sentaient pas reconnues par leurs pairs qui considèrent, malgré toutes les évaluations réussies, que les compétences acquises au Québec sont meilleures que celles acquises en France (Bédard et Roger, 2015).

4.3. Notre cadre d'analyse

L'examen de la théorie des conventions, et spécifiquement les travaux de (Eymard-Duvernay, 1989, 2006, 2012b; Eymard-Duvernay et Marchal, 1997; Eymard-Duvernay et Remillon, 2012), ainsi que nos concepts centraux nous permettent de construire le cadre d'analyse représenté par le Tableau 11.

Tableau 11: Cadre d'analyse

Cadre d'analyse				
Convention	Parcours	Immigration	Évaluation/Reconnaissance des compétences	Intégration professionnelle
		Compétences		
Professions				
Légitimité				

Nous avons vu précédemment que les conventions se construisent à travers les épreuves. Nous allons donc analyser l'information recueillie lors de l'étude documentaire et de la collecte de données auprès de nos répondants (acteurs institutionnels et personnes immigrantes) à travers les épreuves mises en œuvre par les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences

durant les trois processus par lesquels les personnes immigrantes : immigration, reconnaissance des compétences, intégration professionnelle. Nous examinerons dans chacun des trois processus les étapes par lesquelles les personnes immigrantes doivent passer. Cela nous permettra d'identifier les épreuves mise en œuvre par les acteurs institutionnels pour juger et évaluer les compétences des personnes immigrantes, les critères et les outils qu'ils utilisent afin de sélectionner les professionnels formés à l'étranger qui pourront exercer leur profession et ainsi justifier leur décision. Nous examinerons la qualité de l'épreuve (ont-elles les dimensions de justesse et de justice ?) ainsi que les conséquences du jugement des acteurs institutionnels sur la qualité des compétences des personnes immigrantes (y a-t-il valorisation ou dévalorisation ?) pour voir dans quelle mesure il mène, ou pas, à l'exclusion du collectif (la profession de médecin ou celle d'infirmière). Enfin, cette analyse nous permettra d'examiner les conventions de chaque acteur ou groupe d'acteurs construites à travers les épreuves et d'en examiner les tensions ou les conflits.

Dans ce deuxième chapitre qui présente le cadre théorique et conceptuel de la recherche, nous avons proposé dans une première partie un panorama de différentes théories et approches mobilisées dans plusieurs recherches en sciences sociales sur l'intégration en emploi des personnes immigrantes et expliqué pourquoi nous avons choisi un autre cadre théorique pour notre recherche. D'abord, la théorie du capital humain (Becker, 1964) analyse les caractéristiques individuelles des personnes à travers leurs diplômes et leur expérience professionnelle qui constitue un capital dans lequel elles vont investir avec l'espoir d'un retour sur investissement, c'est-à-dire trouver un emploi à la hauteur de leurs compétences. Nous nous intéressons au processus de reconnaissance des compétences et de la formation initiale des personnes immigrantes qui implique un jugement sur la qualité de ces compétences que l'on ne retrouve pas dans cette théorie. Ensuite, la théorie du signal (Spence, 1973) met l'accent sur l'investissement des personnes dans leur formation pour augmenter leurs chances d'avoir un bon salaire. Cette théorie pourrait être mobilisée pour analyser les critères de la grille de sélection du MIFI (niveau de diplôme ou domaine de formation par exemple) et le signal que cela envoie au ministère pour sélectionner les DHCEU et les IDHQ. Cependant, elle ne nous permet pas de répondre à nos objectifs de recherche car elle porte sur un processus durant lequel la formation initiale des médecins et infirmières immigrants est jugée à travers des épreuves selon des conventions entre acteurs institutionnels. Enfin, les approches en gestion des ressources humaines en contexte de diversité culturelle (Bollinger et Hofstede, 1987; Hall, 1966, 1976; Hofstede, 1980; Iribarne et Henry, 2003) sont importantes pour expliquer l'influence de la culture nationale dans les relations entre les personnes et les conflits et les tensions qui peuvent en découler, notamment dans les milieux de travail. Mais ces approches non plus n'offrent pas la possibilité d'analyser le

processus durant lequel la formation initiale et les compétences professionnelles sont jugées et évaluées selon des conventions entre les acteurs institutionnels. De plus, toutes ces théories sont trop déterministes en s'attachant à des caractéristiques individuelles, ce qui ne répond pas à nos objectifs de recherche.

Nous avons dans une deuxième partie fait un tour d'horizon de la littérature sur les concepts centraux de la question de recherche : les compétences, les professions et la légitimité.

La troisième partie du chapitre traite de la théorie des conventions que nous avons choisie de mobiliser pour notre recherche car elle nous permet d'analyser le processus de la reconnaissance des compétences et de la formation initiale des PFE qui implique un jugement sur la qualité de ces compétences par les acteurs institutionnels. Dans la théorie des conventions, les individus sont dotés d'une rationalité procédurale et ne sont pas uniquement guidés par leur intérêt. Ils peuvent se mettre d'accord entre eux pour résoudre des problèmes de coordination en s'appuyant sur des critères, des repères, des normes, des règles qui sont considérées comme des conventions. Celles-ci déterminent les comportements à adopter en contexte d'incertitude et soutiennent les décisions à prendre. Elles éliminent les incertitudes des individus et leur donnent un cadre. Ces règles et ces normes sont implicites, acceptées et partagées collectivement. Pour se rassurer sur la qualité des compétences des PFE, les acteurs mettent en place des épreuves pour sélectionner et évaluer les PFE. Ces derniers devront réussir chaque épreuve avant de pouvoir passer à la suivante et obtenir leur permis d'exercice et exercer leur profession. Dans les épreuves, nous verrons les conventions qui existent entre les acteurs.

Finalement, dans une quatrième et dernière partie, nous avons développé et présenté notre cadre conceptuel et notre cadre d'analyse. Nous examinerons les résultats de la recherche documentaire et de l'étude empirique à travers les épreuves mises en œuvre par les différents acteurs durant les processus d'immigration, de reconnaissance des compétences et d'intégration dans la profession des DHCEU et des IDHQ.

Chapitre 3 - Cadre méthodologique

« Deciding to do qualitative research is not a soft option. Such research demands theoretical sophistication and methodological rigour » (Silverman, 2013, p. 279)

Dans ce troisième chapitre, nous exposons et justifions nos stratégies de recherche et de collecte de données, en lien avec l'approche théorique mobilisée.

Nous développons dans une première partie notre stratégie de recherche, soit l'approche qualitative et expliquons sa pertinence pour notre analyse.

Dans la deuxième partie, nous détaillons notre stratégie de collecte de données. Nous avons d'abord réalisé une analyse documentaire importante pour préparer notre terrain. Ensuite, nous expliquons comment nous avons conduit 68 entretiens semi-dirigés avec les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences et des personnes immigrantes médecins et infirmières. Nous détaillons d'abord le processus de recrutement de ces personnes, puis les difficultés que nous avons rencontrées à en recruter certaines et les facteurs qui ont facilité nos démarches. Ensuite, nous brosons un portrait détaillé de notre échantillon. Enfin, nous partageons notre expérience d'observation directe non-participante lors de deux rencontres auxquelles nous avons été conviée par les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU.

Dans la troisième partie, nous dévoilons comment le traitement et l'interprétation des données ont été réalisés.

Puis, dans la quatrième partie, nous énonçons les critères de scientificité de notre recherche et terminons ce chapitre avec la présentation de la pertinence sociale et de la pertinence scientifique de notre recherche.

1. Stratégie de recherche : l'approche qualitative

La méthodologie de recherche adoptée dans ce travail doit être cohérente avec le choix du cadre théorique développé dans le chapitre 2 afin d'opérationnaliser les concepts qui y ont été présentés. Nous voulons comprendre et décrire les processus par lesquels les PFE doivent passer ainsi que les stratégies qu'ils développent pour finalement exercer, ou non, leur profession. Ensuite, à travers le processus d'évaluation des compétences par les acteurs institutionnels, nous analysons le sens des conventions et leur dynamique. Comme nous l'avons présenté dans le chapitre théorique, le processus d'évaluation conduit à juger et à donner une valeur à la qualité des compétences ou au sujet évalué. En considérant ces objectifs et les dimensions qui les sous-tendent, la méthodologie de recherche reposera sur une analyse qualitative des processus de reconnaissance et d'intégration professionnelle des PFE afin d'en saisir les enjeux, les défis, les complexités et les différents liens

entre les parties prenantes, conformément à ce que préconise Eymard-Duvernay (2012b) : « l'introduction de valeurs conduit à placer au premier plan de l'analyse empirique le repérage des différents univers de valeurs potentiellement activables. Cette phase de l'analyse est nécessairement qualitative. » (p. 41). En effet, le jugement posé sur la qualité des compétences des PFE construit sa valorisation ou sa dévalorisation et peut donc mener à la sélection ou à l'exclusion. C'est ce que nous cherchons à connaître.

La recherche qualitative est un processus dynamique où les interprétations du chercheur et des sujets (PFE et acteurs) construisent les faits étudiés (Fortin et al., 2010). Dans la construction de la connaissance, le chercheur entre en interaction avec son sujet qui lui transmet cette connaissance à travers son expérience.

Nous nous situons dans un paradigme compréhensif puisque nous « recherchons des significations que les acteurs sociaux et les actrices sociales attribuent à leurs actions, aux événements et aux phénomènes auxquels ils et elles sont confronté-e-s. Cette démarche s'intéresse à la compréhension des expériences des personnes situées dans un contexte socio-historique » (Charmillot, n.d.). Nous voulons connaître dans cette recherche le sens donné à la sélection, à l'évaluation des compétences, à l'exercice légitime de la profession, à l'interprétation de la règle du point de vue des immigrants et des acteurs institutionnels (Pourtois et al., 2006). Dans le paradigme compréhensif, « l'analyse qualitative domine » (Charmillot, n.d.), mais il est aussi possible d'utiliser des méthodes d'analyse mixtes.

Les données que nous avons analysées dans la revue de la littérature ne suffisent pas à expliquer le phénomène que nous étudions, nous avons besoin de rencontrer des personnes pour comprendre la réalité afin de bénéficier de leurs connaissances et de leur expérience. Nous voulons expliquer un phénomène et ainsi apporter de la profondeur à notre étude.

Nous n'avons pas pour objectif d'établir un lien de causalité par corrélation statistique. Nous choisissons plutôt l'étude de cas qui se prête bien à notre recherche. Développée au début du XXe aux États-Unis avec l'école de Chicago qui a notamment étudié les conditions d'intégration et d'acculturation des minorités ethniques et des personnes exclues de la société, l'étude de cas fait appel à des méthodes qualitatives (Roy, 2003). Elle permet de recueillir le point de vue des participants, d'« étudier une situation complexe » (Livian, 2018, p. 76) en profondeur et dans son contexte spécifique à l'aide de différents moyens comme l'analyse documentaire, les différents types d'entrevues ainsi que l'observation participante ou non. Le nombre de participant est plus limité que dans une étude statistique, ce qui nous convient puisque nous n'allons pas rencontrer ou interroger tous les DHCEU et toutes des IDHQ admis au Québec et l'information recueillie avec un nombre plus limité de personnes est plus riche pour notre analyse (Roy, 2003). Elle offre l'avantage

d'être « descriptive, exploratoire, explicative ou évaluative » et selon Roy (2003) « on la reconnaît surtout pour sa capacité à décrire des phénomènes ou à les explorer lorsque le sujet est unique ou jusque-là négligé par la science » (p. 206). Avec un nombre de sujets limité et un nombre étendu de variables, c'est une approche plutôt inductive et interprétative selon une méthodologie exploratoire caractérisée par une proximité du chercheur aux sujets, des méthodes plurielles et l'intégration de facteurs difficiles à mesurer (histoire, contexte, etc.) (Roy, 2003, p. 212). Cela correspond à notre étude de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ et leur intégration professionnelle dans le contexte des politiques publiques canadienne et québécoise et où nous sollicitons le point de vue des acteurs pour comprendre comment ils se situent les uns par rapport aux autres et les conventions qui sous-tendent leurs actions.

La rigueur de l'étude de cas sera portée par notre cadre théorique et conceptuel qui soutient notre stratégie de collecte de données et leur analyse. La triangulation de l'information recueillie permettra ainsi de mieux comprendre et de corroborer les informations (Silverman, 2013).

2. Stratégie de collecte de données

Les théoriciens des conventions faisant de la recherche empirique utilisent l'observation directe, l'entrevue semi-dirigée, l'entrevue de groupe, les récits de vie, l'analyse documentaire ou encore l'analyse statistique (Bessy, 2000; De Larquier et Marchal, 2012; Eymard-Duvernay, 2012a; Eymard-Duvernay et Marchal, 1997; Ghirardello, 2002, 2005).

L'utilisation de plusieurs moyens de collecte de données permet de trianguler les informations et de corroborer les données pour augmenter la fiabilité de la recherche qualitative. Nous avons choisi l'analyse documentaire, les entrevues semi-dirigées et l'observation directe parmi les stratégies répondant aux exigences de la théorie des conventions. Nous ne ferons pas d'analyse statistique parce que nous ne disposons pas du type de bases de données dont pouvait disposer François Eymard-Duvernay pour ses recherches et que nous n'avons pas choisi une approche mixte. Nous n'utiliserons pas les récits de vie, car notre objectif est de recueillir de l'information pour comprendre des phénomènes précis, ce que ne permettent pas les récits de vie.

Dans un premier temps et dans une phase exploratoire, nous avons réalisé une analyse documentaire permettant de circonscrire la recherche, de préparer le terrain de l'étude empirique et d'identifier nos répondants.

Dans un deuxième temps, nous avons recueilli le « double point de vue » des acteurs impliqués dans la problématique de recherche (Eymard-Duvernay, 2012b, p. 6) : d'une part des professionnels formés à l'étranger comme médecins et infirmières qui doivent s'engager dans une procédure de reconnaissance de leurs compétences afin de les questionner sur leur perception de leur expérience,

de leurs parcours, sur leur interprétation des règles. D'autre part, nous avons rencontré des acteurs qui nous ont renseignée sur leur interprétation des règles, de l'évaluation, de la coordination, de la sélection et du jugement durant le processus de reconnaissance des compétences.

Nous avons identifié deux types d'acteurs. D'une part, les acteurs institutionnels, c'est-à-dire ceux dont les actions peuvent exercer une influence sur les mesures de reconnaissance des personnes immigrantes, comme le Collège des médecins et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. D'autre part, des acteurs plus à la périphérie des processus mais qui y contribuent d'une manière ou d'une autre comme le Commissaire à l'admission aux professions qui n'est pas impliqué directement dans le processus de reconnaissance des compétences, mais qui peut faire des recommandations aux ordres professionnels concernés pour améliorer les processus. Nous avons réalisé des entrevues semi-dirigées avec 68 participants, 31 acteurs (mais 33 personnes rencontrées) et 35 PFE dont nous brossons le portrait un peu plus loin dans ce chapitre. Nous avons également conduit des entrevues avec des experts afin d'avoir un portrait plus précis de notre objet de recherche. Certains experts ont été rencontrés avant la collecte de données, pour nous aider à circonscrire notre recherche. Les autres ont été consultés durant la période de réalisation des entrevues car ils ne souhaitaient pas participer à une entrevue semi-dirigée, mais étaient intéressés à nous informer. Deux expertes sont citées dans la recherche : une experte médecin, professeure et superviseure que nous avons identifiée Experte MD et une personne ayant longtemps travaillé au MIDI que nous avons nommée Experte MIDI. Leurs connaissances ont permis de bien comprendre certaines procédures de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ.

2.1. L'analyse documentaire

Dans une première phase exploratoire, nous avons procédé à une analyse documentaire afin de circonscrire au mieux notre sujet, déterminer notre échantillon et les thèmes à aborder lors des entrevues pour pouvoir passer ensuite à la phase descriptive puis compréhensive de notre recherche. Notre choix s'est porté sur plusieurs types de documents et nous présentons notre démarche selon les trois processus déjà présentés dans le chapitre précédent, c'est-à-dire, le processus d'immigration, le processus de reconnaissance des compétences et le processus d'intégration professionnelle à travers les trois conventions identifiées, soit les compétences, les professions et la légitimité (voir le Tableau 11).

Nous avons considéré les données statistiques, les informations sur les différents processus, les nombreux rapports (annuels, spéciaux, d'activité, de gestion, etc.), certains comptes-rendus pouvant nous informer sur notre recherche, les lois et règlements liés à notre recherche et la documentation destinée aux PFE disponibles sur les sites internet de plusieurs institutions. Nous avons également

considéré certains articles de presse parus entre 2008 et 2018 qui pouvaient nous éclairer sur l'information transmise par les médias. Enfin, nous avons fait des demandes de données complémentaires directement à certaines institutions.

Processus d'immigration

Concernant le processus d'immigration, le site du MIFI fournit plusieurs études, recherches et données statistiques sur l'immigration en plus de l'information sur le processus d'immigration. Nous avons pu y trouver et analyser des données sur les DHCEU et les IDHQ arrivés au Québec entre 2008 et 2018, la grille de sélection et les domaines de formation liés à la grille ainsi que les formulaires concernant les professions réglementées. Nous avons de plus fait une demande au MIFI pour obtenir les différentes versions de la grille de sélection et de la liste des domaines de formation utilisées depuis 2008 puisque nous voulions faire un travail d'analyse des points accordés en fonction du niveau du diplôme et du domaine de formation, ainsi que leur pondération au fil des années.

Pour compléter nos recherches, nous avons demandé à la Direction de la recherche et de l'analyse prospective du MIFI des données statistiques plus détaillées que celles disponibles sur leur site, dans un premier temps pour déterminer quelles professions étaient les plus pertinentes pour l'étude, puis dans un deuxième temps, sur les professions à l'étude, c'est-à-dire les médecins et les infirmières, pour les CNP 3111, 3112 et 3012 puisque c'est la nomenclature utilisée par le MIFI, pour avoir un portrait plus précis de ces personnes⁶⁸. De plus, nous avons demandé et obtenu du MIFI et de IRCC des données concernant les permis de travail temporaires délivrés aux médecins et infirmières, par pays, entre 2008 et 2018.

Nous avons également trouvé un peu d'information sur le processus d'immigration sur le site du MSSS – RSQ ainsi que sur les sites du CMQ et de l'OIIQ, cependant, ces trois acteurs renvoient généralement au site du MIFI. Nous avons fait une demande d'informations auprès du MSSS et de RSQ pour avoir des données sur le nombre de médecins et d'infirmières immigrants recrutés entre 2008 et 2018, selon leur statut d'immigration et la région d'installation. Nous avons reçu quelques données concernant les infirmières, mais le MSSS nous a aiguillée vers le CMQ pour avoir les données concernant les médecins.

⁶⁸ Plus précisément, les résidents permanents de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés, selon l'âge, le pays d'origine, etc. Il est important de souligner que le pays de naissance n'est pas toujours celui de diplomation ou de départ, donc nous avons demandé à nos répondants PFE de nous donner cette information lors des entrevues.

Processus de reconnaissance des compétences

Pour notre recherche exploratoire concernant le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ par les acteurs de la reconnaissance, nous avons analysé plusieurs types de documents disponibles en ligne sur les sites internet des acteurs. Nous devons souligner que des sites ont été modifiés, certains substantiellement comme celui du CMQ et de l'OIIQ, durant notre recherche.

D'abord, les sites des deux ordres professionnels offrent en ligne de l'information sur le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ. Le CMQ propose des vidéos explicatives sur les différentes étapes à suivre, de l'information sur les études et les programmes de résidence, des statistiques concernant la délivrance des différents types de permis d'exercice dans les rapports d'activités et donne la liste des lois et règlements encadrant la profession. L'OIIQ offre également de l'information sur les étapes de la reconnaissance des compétences de IDHQ, des guides d'information destinés aux IDHQ à télécharger, de l'information sur le système de santé québécois, le référentiel de compétences *Mosaïque*⁶⁹, les lois et règlements encadrant la profession et plusieurs publications telles que des rapports d'activité, des rapports statistiques, les rapports de comités d'évaluation et les mémoires déposés à l'Assemblée nationale que nous avons analysés pour établir le processus de reconnaissance et comprendre la coordination entre les acteurs.

Pour les IDHQ plus spécifiquement, nous avons analysé le contenu disponible sur les sites internet des cinq cégeps⁷⁰ qui dispensent l'attestation d'études collégiales (AEC) destinée aux IDHQ et prescrite par l'OIIQ, *Intégration à la profession d'infirmière au Québec*, ce qui nous a permis de nous préparer pour les entrevues semi-dirigées avec les IDHQ et les acteurs.

Pour les médecins, nous avons analysé l'information disponible d'abord sur le site du Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé (CÉDIS), un organisme financé par le MSSS pour accompagner les DHCEU qui désirent accéder à la résidence. Nous y avons trouvé des rapports annuels et financiers, la liste des services offerts par l'organisme ainsi que de l'information nécessaire sur certaines étapes du processus de reconnaissance des DHCEU. Ceci nous a également permis de nous préparer pour nos entrevues et d'en savoir un peu plus sur le processus de reconnaissance des DHCEU.

Ensuite, nous avons analysé le site du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS), où nous avons trouvé les statistiques concernant les taux de jumelage des DHCEU pour la résidence

⁶⁹ *Mosaïque* est le référentiel de compétences de l'OIIQ utilisé pour le contenu des cours en soins infirmiers, en sciences infirmières et pour l'examen de l'Ordre.

⁷⁰ Cégeps francophones : Édouard Montpetit et du Vieux-Montréal à Montréal, cégep Limoilou de Québec et cégep de Sherbrooke. Cégep anglophone : John Abbott College à Montréal.

dans les quatre facultés de médecine du Québec par rapport aux autres diplômés canadiens. Nous y avons également trouvé de l'information sur le parcours de reconnaissance.

Puis, nous avons investigué les sites des quatre facultés de médecine du Québec, Université de Montréal, McGill, Université Laval et Université de Sherbrooke. Nous y avons trouvé des sections informationnelles spécifiques pour les DHCEU, que ce soit pour l'inscription en externat ou en résidence, ainsi que les critères de sélection par spécialité et le nombre de places. C'est une information qui ne se trouve plus sur les sites des universités en 2021, mais plutôt sur le site du CaRMS.

Nous avons aussi parcouru les sites des acteurs au niveau canadien de la reconnaissance des compétences, à savoir le Conseil médical du Canada (CMC) et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CR). Le premier fournit l'information concernant les examens obligatoires et nécessaires pour obtenir le droit de faire une demande de jumelage CaRMS pour entrer en résidence avec les dates, les tarifs, les ressources disponibles et de l'information sur le processus. Sur le site du second, nous avons eu accès au référentiel de compétences utilisé dans toutes les facultés de médecine du Canada, *CanMEDS*⁷¹.

Enfin, sur le site du BCI, en plus de l'information destinée aux DHCEU sur le processus de jumelage, nous avons trouvé les documents envoyés aux DHCEU pour la journée d'information organisée chaque année par le BCI depuis 2008.

Durant cette étape de la recherche, nous avons également identifié plusieurs acteurs plus périphériques ou qui ont une action transversale aux trois processus et qui n'interviennent pas dans un des trois processus mais qui contribuent en fonction de leur mission. Nous avons également visité leurs sites internet où nous avons trouvé des données sur le processus de reconnaissance, notamment sur le site de l'OPQ avec tous les rapports et enquêtes du Commissaire à l'admission aux professions ou le plan d'action du Pôle. Nous avons aussi considéré des acteurs qui n'exercent pas une influence directe sur les trois processus, mais qui, étant donné leur mission d'accompagner les PFE au niveau de l'information, de l'employabilité ou du financement, jouent un rôle dans les processus.

L'analyse documentaire nous a aidée à dresser la liste des acteurs que nous voulions rencontrer pour cette recherche car ils sont mentionnés dans la documentation. Il n'y a pas un document unique qui donne la liste des acteurs de la reconnaissance des compétences, mais l'analyse a permis de les répertorier pour chacun des trois processus : immigration, reconnaissance des compétences et

⁷¹ CanMEDS est le référentiel de compétences utilisé au Canada pour les programmes de formation des facultés de médecine et le contenu des examens par le Conseil médical du Canada, le Collège Royal et le collège des médecins de famille du Canada.

intégration professionnelle. L'exploration des sites internet de tous ces acteurs nous a également permis de trouver des références et des liens vers d'autres acteurs, que nous n'avions pas encore identifiés et que nous avons pu aller rencontrer lors de notre terrain.

En outre, plusieurs documents nous ont été remis par les acteurs et les experts que nous avons rencontrés qui n'étaient pas disponibles sur leurs sites internet : des statistiques, des résultats d'analyse et de recherche, des synthèses et des présentations diverses sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ. Ils nous ont confié ces documents pour nous aider dans notre compréhension des trois processus définis par notre cadre théorique. Quelques-uns l'ont été à titre confidentiel. Nous ne pouvons donc pas en faire mention, mais nous pouvons affirmer qu'aucun de ces documents ne contredit ce qui est présenté dans cette recherche, que ce soit dans les résultats ou dans la discussion.

Processus d'intégration professionnelle

Il existe plusieurs sources spécialisées qui fournissent des données statistiques sur les professions de médecins et d'infirmières au Canada et au Québec. Ainsi, nous avons analysé les données disponibles sur le site de l'Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS) qui produit régulièrement le portrait des DHCEU et des IDHQ du Canada au sein de leur profession, ainsi que ceux du CMQ et de l'OIIQ, ce qui nous a permis de dresser leurs portraits au Québec depuis 2008. Ils sont présentés dans les chapitres de résultats 4 et 5.

Nous avons visité les sites de plusieurs organismes subventionnés par le MIFI ou Emploi-Québec dont le mandat est d'accompagner les PFE dans leur intégration professionnelle. La liste de ces organismes est disponible sur les sites internet de ces deux bailleurs de fonds. Nous ne sommes pas allée sur les sites de chacun des organismes pour vérifier quelles données étaient disponibles et pertinentes pour notre recherche. Comme professionnelle travaillant dans le domaine depuis plusieurs années, nous connaissons les organismes qui dispensent leur aide aux IDHQ et aux DHCEU. Nous avons visité les sites de ces organismes pour vérifier qu'ils offraient toujours des programmes d'accompagnement spécifiques à ces deux professions et avons analysé les rapports d'activité pour connaître les statistiques en lien.

L'analyse documentaire, dans la phase exploratoire, nous a permis de dresser la liste des acteurs dans chacun des processus et de réaliser plusieurs tableaux-synthèses, que nous présentons dans la partie résultats de cette recherche aux chapitres 5 et 6. Nous sommes ainsi passée à travers trois étapes. Au cours d'une première phase exploratoire, nous sommes allée à la recherche de l'information la plus complète possible. Ensuite nous nous sommes engagée dans une phase compréhensive où nous avons tenté de comprendre les différents processus à travers les différentes conventions. Enfin, nous avons achevé une phase explicative qui nous a permis de dresser des

tableaux récapitulatifs, des processus de reconnaissance pour les IDHQ et les DHCEU, comparé aux diplômés du Canada/Québec et le portrait des acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ.

Cette analyse a contribué à préparer le terrain de recherche et à cibler les acteurs à rencontrer. Elle a également servi à bâtir les guides d'entrevue : une grille destinée aux immigrants et une autre pour les acteurs. Les guides comportent des questions générales et des questions spécifiques et plus détaillées afin de recueillir le plus d'informations possible. Les questions sont organisées selon 5 thèmes : un portrait du répondant, le processus avant l'arrivée au Québec, le processus après l'arrivée au Québec, l'intégration en emploi et une synthèse. Cette dernière s'est faite à l'aide d'un schéma institutionnel de la reconnaissance des compétences identifié lors de l'analyse documentaire et présenté dans la section suivante.

L'analyse documentaire n'est pas la seule technique de collecte de données que nous avons mobilisée. Nous avons également réalisé plusieurs entrevues semi-dirigées.

2.2. Les entrevues semi-dirigées

Nous avons mené des entrevues semi-dirigées avec les acteurs, les DHCEU et les IDHQ de notre échantillon afin d'établir un rapport, une interaction, avec le répondant pour aller chercher l'information nécessaire, avec ses mots. Nous voulions connaître leur version, leurs perceptions, leurs valeurs, leurs croyances par rapport au processus d'évaluation des compétences et d'exercice légitime d'une profession réglementée, les règles et les conventions comme l'explique Savoie-Zajc (2003)

« L'entrevue semi-dirigée consiste en une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le rythme et le contenu unique de l'échange dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux qu'il souhaite explorer avec le participant à la recherche. Grâce à cette interaction, une compréhension riche du phénomène à l'étude sera construite conjointement avec l'interviewé. » (Savoie-Zajc, 2009, p. 340)

L'intérêt de conduire des entrevues semi-dirigées est de documenter « la façon dont les sujets font partie du contexte qu'ils décrivent [notre traduction] » (Silverman, 2006), de voir comment les participants créent du sens à travers ce qu'ils disent et la manière dont ils le disent. Comme nous sommes dans une perspective constructiviste, chaque entrevue a été traitée comme un sujet reflétant une expérience d'une personne et non pas comme une vérité (Silverman, 2006).

Les entrevues semi-dirigées permettent aux personnes interrogées de partager, en profondeur, leur(s) expérience(s) et leur(s) perceptions(s) (Campenhoudt et al., 2011), les questions posées devant servir de guide et permettant de s'assurer que tous les sujets sont abordés, quel que soit l'ordre dans lequel ils arrivent. Les questions doivent être « ouvertes, courtes, neutres et

pertinentes » pour être sûre d’avoir des détails dans la description des expériences des répondants (Savoie-Zajc, 2009, p. 352).

Cependant, la vigilance s’impose afin d’éviter certains biais. La chercheuse doit considérer le risque de « désirabilité sociale » dans la relation chercheuse-répondant, soit le désir de plaire ou de donner la bonne réponse qui vient fausser les informations transmises (Savoie-Zajc, 2009, p. 357). Également, un « biais temporel » peut émerger lors des entrevues dans la mesure où nous interrogeons des participants sur des événements ayant eu lieu il y a plusieurs années parfois, les souvenirs et l’interprétation de ces événements peuvent avoir été altérés dans le temps.

Le guide d’entrevue nous a permis de nous assurer que tous les thèmes qui nous intéressaient étaient abordés. Nous avons préparé un guide à l’attention des médecins et infirmières immigrants (Annexe 1) et un deuxième pour les acteurs institutionnels (Annexe 2). Les entretiens, qui se sont déroulés en face-à-face, dans un lieu qui convenait au participant et à la chercheuse, ont été enregistrés sous forme audio. Les dernières rencontres ayant été réalisées pendant les mesures de confinement dues à la COVID19, elles se sont déroulées sur la plateforme Zoom et ont été enregistrées sous forme vidéo et audio.

2.2.1. La représentation institutionnelle du parcours de la reconnaissance des compétences des PFE

En plus de recueillir de l’information à partir des questions du guide d’entrevue, nous avons proposé aux participants à la fin de chaque entrevue de compléter un schéma pour faire une synthèse de l’information transmise par les participants.

Nous avons remis à nos répondants (immigrants et acteurs institutionnels) le schéma intitulé *Étapes du parcours type vers l’obtention d’une aptitude légale à exercer* établi par le Comité interministériel sur la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes (2017) (CIM-RCPI)⁷² (Annexe 3). C’est un parcours-type construit par les acteurs de la reconnaissance des compétences des PFE, donc c’est un point de vue institutionnel et qui ne détaille pas pour chaque ordre professionnel chacune des étapes de la reconnaissance des compétences. Fruit d’un consensus institutionnel, c’est la moins mauvaise représentation que nous avons trouvée qui, à la fois,

⁷² Ce Comité, créé en 2014, réunissait les principaux acteurs de la reconnaissance des compétences, c’est-à-dire : le MIDI, le MEES, le MTESS, le MRIF, le MSSS, RSQ, la CPMT, l’OQLF et le CIQ. Il a déposé son rapport en juin 2017 qui est disponible sur le site du MIFI. Les membres de ce comité ont, entre autres, analysé la reconnaissance des compétences des PFE en vue de l’obtention d’un permis d’exercice délivré par un ordre professionnel au Québec et ont proposé un parcours-type. C’est ce document que nous avons choisi d’utiliser.

simplifie et représente l'ensemble du processus même s'il ne correspond pas exactement au parcours des DHCEU et des IDHQ.

Pour Wheeldon et Faubert (2009, p. 79), la représentation graphique de l'expérience des participants est un outil complémentaire de collecte de données et offre « un moyen de recueillir plus de réflexions non sollicitées, fournissant un instantané visuel de l'expérience [notre traduction]» (p. 79). Lors de cette synthèse, nous avons demandé à nos participants de compléter le schéma selon leur cheminement (pour les immigrants) ou les étapes de leur intervention (pour les acteurs). Plus précisément, nous les avons questionnés pour savoir si le schéma correspondait à leur parcours (pour les PFE), ou au parcours des PFE selon leur connaissance (pour les acteurs). Nous leur avons offert la possibilité d'ajouter les détails et les informations qu'ils jugeaient nécessaires, d'ajouter ou de supprimer des étapes. Ils pouvaient également noter à quelle(s) étape(s), selon eux, se situaient les blocages et les facilitateurs du processus de reconnaissance.

Nous avons également demandé à tous de commenter ce schéma, qu'ils aient participé ou non à son élaboration dans le cas des acteurs. Ce schéma nous servait d'outil pour vérifier que toutes les étapes du processus avaient été couvertes et abordées durant l'entrevue. Il a aussi permis aux répondants de compléter des informations partagées durant l'entrevue et parfois d'ajouter des éléments auxquels ils n'avaient pas pensé avant.

Une fois les deux guides d'entrevues préparés grâce à l'analyse documentaire et aux échanges avec les experts, nous avons réalisé des entrevues tests avec des PFE de notre connaissance mais qui ne sont ni des médecins, ni des infirmières, afin de valider le temps à prévoir pour les entrevues et la clarté des questions.

Nous avons ensuite fait notre demande d'approbation au CERUL en avril 2018 pour le recrutement des DHCEU, des IDHQ et des acteurs pour la conduite d'entrevues semi-dirigées. Nous avons également soumis dans la demande les documents nécessaires pour participer à des réunions d'information destinées aux DHCEU et aux IDHQ (les formulaires de consentement sont disponibles en Annexe 4, Annexe 5 et Annexe 6). Nous avons eu notre approbation en mai 2018 pour la période mai 2018 à mai 2019. L'approbation CERUL a été renouvelée deux fois : de mai 2019 à mai 2020, puis de mai 2020 à mai 2021 pour finir le recrutement compliqué par la COVID19 et la difficulté pour certains acteurs à se rendre disponibles.

34 entrevues avec les PFE se sont déroulées du 25 mai 2018 au 21 mars 2019, une dernière entrevue a eu lieu en décembre 2019 car elle apportait un éclairage nouveau sur un parcours que nous n'avions pas encore pu étudier.

28 des 33 entrevues avec les acteurs se sont déroulées du 29 mai 2018 au 3 juin 2019. Nous avons réalisé trois entrevues supplémentaires en novembre 2019, décembre 2019 et mai 2020. Ces

entrevues étaient le résultat d'un recrutement effectué bien plus tôt, mais qui n'avait pas pu aboutir avant. Enfin, les deux dernières entrevues ont eu lieu en février et mars 2021.

Après des entrevues avec certains acteurs comme le MIFI et les cégeps, nous avons conclu qu'il serait pertinent de rencontrer des IDHQ anglophones. Nous avons donc fait une première demande d'amendement au CERUL pour être autorisée à produire une version des critères de participation pour les personnes immigrantes en anglais ainsi que le formulaire de consentement et le guide d'entrevue⁷³. Malheureusement, nous n'avons pas réussi à recruter d'IDHQ anglophones. Nous voulions rencontrer ces IDHQ pour avoir plus d'information sur les conséquences liées à la méconnaissance du français sur leur parcours et sur leur intégration professionnelle au Québec et si elles décidaient de rester dans la province.

Nous avons présenté et obtenu fin novembre 2019 un deuxième amendement visant à tenir compte de l'évolution de la situation de certains participants à la recherche depuis que leur entrevue a été réalisée et la finalisation de l'analyse des résultats de la recherche. Quelques participants rencontrés en 2018 étaient à la veille de passer un dernier examen, d'être reçus ou pas au CaRMS ou à leur examen de l'OIIQ. Cela impliquait que certains des participants encore dans le processus de reconnaissance de leurs compétences lors des entrevues aient avancé dans ce processus, voire soient en emploi en 2019, selon que leurs compétences aient été reconnues ou pas. Afin d'avoir un portrait le plus complet possible du parcours de reconnaissance des compétences des participants à la recherche, une entrevue complémentaire, par téléphone, a été réalisée pour la mise à niveau de nos données. Pour ce faire, nous avons préparé un addenda au formulaire de consentement et un questionnaire supplémentaire concernant les étapes franchies dans la reconnaissance des compétences pour l'exercice de la profession depuis l'entrevue (Annexe 7 et Annexe 8).

Nous avons identifié 23 participants à recontacter. Seulement 14 nous ont répondu, les autres n'ont pas donné suite à notre courriel. Les entrevues téléphoniques, d'une durée de cinq à dix minutes, se sont déroulées en mars et avril 2020. Nous n'avons pas fait de relance auprès des autres candidats étant donné les conditions de travail occasionnées par la COVID-19. En effet, compte tenu que tous ces participants travaillaient dans le domaine de la santé comme préposés aux bénéficiaires ou infirmières en CHSLD ou dans des résidences pour aînés, nous n'avons pas jugé pertinent de les solliciter de nouveau compte tenu de la situation. Les compléments d'entrevue que nous avons pu réaliser ont permis une analyse plus fine des parcours afin d'établir les tableaux-synthèses présentés dans les chapitres de résultats.

⁷³ Nous n'avons pas annexé ces formulaires en anglais puisque nous n'avons pas eu l'occasion de nous en servir.

Les entrevues avec les acteurs se sont déroulées dans leurs bureaux, la quasi-totalité à Montréal, sauf deux qui ont eu lieu pour l'une dans un salon d'un hôtel et l'autre dans une salle de l'Université TELUQ à Montréal qui nous a accueillis dans ses locaux. Les deux dernières ont été réalisées en ligne sur la plateforme Zoom. Les entrevues ont duré en moyenne 01h04.

Les entrevues avec les DHCEU et les IDHQ se sont déroulées dans plusieurs endroits et nous avons eu la chance de bénéficier de l'aide de nombreuses organisations pour réaliser nos entrevues, tout en conservant l'anonymat de nos participants et la confidentialité des propos. À Québec, nous avons rencontré les participants soit à notre bureau de l'Université (10), soit chez les participants eux-mêmes (7). Pour eux, c'était plus pratique et moins intimidant. À Montréal, l'organisme CREMCV a mis un bureau fermé à notre disposition à chaque fois que cela a été possible et nous avons ainsi pu y réaliser 10 entrevues. Nous avons également rencontré 3 personnes à la BaNQ qui nous a fourni des locaux gracieusement, ainsi qu'une personne dans une salle de la bibliothèque interculturelle de Laval. À Sherbrooke, nous avons pu réaliser une entrevue dans un local de l'Université. Deux personnes nous ont reçue sur leur lieu de travail. Deux entrevues ont été réalisées par Skype car les participants étaient à Gatineau et qu'il nous a été très difficile de trouver un créneau pour nous rencontrer. Les entrevues ont duré en moyenne 01h02.

Que ce soit avec les acteurs ou les PFE, les entrevues ont toutes été enregistrées et se sont déroulées selon la même séquence, c'est-à-dire : présentation de la recherche, lecture et signature du formulaire de consentement, acceptation d'enregistrer, questions sur les 4 thèmes puis synthèse avec le schéma. Pour finir, chaque participant était invité à ajouter des commentaires ou poser des questions s'ils le désiraient. Pour les entrevues Skype et Zoom, les formulaires ont été envoyés à l'avance, ainsi que le schéma, afin que les participants puissent signer le formulaire et avoir le schéma imprimé pour le remplir lors de l'entrevue. Ils nous ont envoyé ensuite les deux documents numérisés ou photographiés.

La chercheuse a réalisé elle-même toutes les entrevues.

Les entrevues avec les acteurs se sont bien déroulées, même si quelques-uns avaient une appréhension au départ. En effet, certains acteurs sont parfois montrés du doigt, notamment dans la presse écrite, concernant les blocages de la reconnaissance des compétences des IDHQ et des DHCEU. Nous leur avons expliqué à chaque fois que notre objectif était de montrer la complexité de la coordination des acteurs, d'identifier les acteurs, les règles, les étapes, la nature des tensions et de savoir où se situent les blocages et les facilitants, de comprendre les rôles de chacun et d'analyser le flux d'information sur les processus.

Les entrevues avec les PFE ont été plus émotives. Nous avons préparé une liste de ressources pour les accompagner que nous leur avons remise. Si pour certains il s'agissait de témoigner de leur

expérience et d'aider à la compréhension des processus, pour d'autres, l'entrevue a été le déclencheur d'émotions très fortes. Quelques personnes ont parlé du *deuil* de leur profession dans l'entrevue et repenser aux épreuves a été parfois douloureux. Il y a eu des pleurs mais les PFE ont fait preuve de résilience et aucun n'a voulu arrêter l'entrevue. Ces entrevues n'ont pas été faciles pour la chercheuse. L'équilibre à trouver entre empathie et objectivité a été bousculé lors de ces moments-là.

Les entrevues ont ensuite été transcrites. La chercheuse a réalisé une partie des transcriptions et a confié le reste des entrevues à transcrire à quatre personnes, recommandées par des professeurs/chercheurs. Ces quatre personnes ont signé un formulaire de confidentialité et ont reçu un protocole de transcription préparé par la chercheuse afin que tout le monde suive les mêmes consignes de transcription. Nous avons privilégié une version transcrite respectant le français standard puisque nous ne voulions pas analyser la manière de parler mais bien le discours de la personne. Les passages douteux ou incertains ont été signalés entre crochet soit avec le texte incertain, soit avec la mention inaudible. Les anglicismes et les portions en anglais (certains immigrants ont utilisé des mots en anglais ou fait des phrases complètes en anglais) ont été transcrits tels quels et signalés en italique. Les contractions et les consonnes avalées n'ont pas été transcrites, une graphie standardisée a été utilisée. Par exemple, « fait que je sais pas que ... » a été noté « ça (ou cela) fait que je ne sais pas que ... ». Les occurrences non verbales telles que « ben » ou « tsé » n'ont pas été transcrites, de même que « euh » à moins qu'elles n'aient été significatives. Une pause longue pouvait être transcrite soit par des points de suspension, soit par le mot [silence]. L'anonymat des personnes a été respecté dans les transcriptions, les noms et prénoms ont été remplacés par des codes. Le protocole contenait une liste la plus exhaustive possible des acronymes utilisés lors des entrevues pour faciliter la tâche des personnes qui ont réalisé les transcriptions.

Les transcriptions et les schémas numérisés ont ensuite été versés dans le logiciel d'analyse qualitative QDA Miner afin de procéder à leur codage. Les catégories et codes ont été déterminés à partir du cadre d'analyse. Pour assurer la confidentialité des personnes, les PFE ont, dans un premier temps, été identifiées sous un code : I pour infirmière, MG pour médecin généraliste et MS pour médecin spécialiste. Nous avons ajouté à ces lettres un numéro croissant au fur et à mesure des entrevues. Nous avons donc des PFE identifiés de I1 à I13, de MG1 à MG13 et de MS1 à MS9. Pour humaniser la présentation des résultats de cette recherche, nous avons attribué un prénom fictif à chacun des participants plutôt que le code des entrevues. Pour ce faire, nous avons édité la liste des principaux prénoms masculins et féminins utilisés dans chacun des pays d'origine de nos

participants⁷⁴, et nous leur avons attribué un prénom de leur pays d'origine en partant du plus répandu. Nous avons évité les doublons et nous avons systématiquement « sauté » un prénom qui était porté par une personne de notre échantillon. Lors de l'analyse, nous avons constaté que deux DHCEU s'étant présentés comme spécialistes n'avaient pas obtenu leur diplôme de spécialité. Même s'ils avaient fini leur formation de spécialiste, ils avaient exercé comme généralistes. Nous les avons donc requalifiés comme tels.

Les acteurs que nous avons rencontrés avaient la possibilité de rendre public leur fonction et leur département. Il était établi clairement avec eux, dès le départ, que le nom de l'institution était nommé, ce que tous les participants ont accepté en signant le formulaire de consentement. Cependant, pour certains, comme le Commissaire à l'admission, il est impossible d'assurer la confidentialité, ce qui a également été accepté.

2.2.2. *Le recrutement des participants*

2.2.2.1. Les DHCEU et les IDHQ

Plusieurs canaux et réseaux ont été mobilisés pour le recrutement des médecins et infirmières formés à l'étranger. La chercheuse a d'abord mobilisé son réseau personnel et professionnel sur les médias sociaux Facebook et LinkedIn. Elle a également recruté ses participants auprès des organismes financés par le MIFI et Emploi-Québec faisant partie de son réseau de connaissances professionnelle. À Québec et dans la région de la Capitale-Nationale, l'annonce validée par le CERUL a été envoyée au Centre multiethnique de Québec, à Option-Travail, au Centre RIRE 2000, à GIT services en emploi, au CAI, au SOIT, au SANA de Charlevoix et à Accès-Travail Portneuf. À Montréal, l'annonce a été transmise à La Maisonnée, l'Hirondelle, PROMIS, le CREMCV, au CÉDIS, au BINAM, à la Maison d'Haïti, à l'Association des infirmières philippines du Québec, à l'Association des infirmiers et infirmières libanais de Montréal et à l'Association des infirmières françaises de Montréal. Dans les autres régions, l'envoi a été fait à AIBSL (Rimouski), SANC et AIDE (Sherbrooke), la Mosaïque (Rouyn-Noranda), CJE-Beauce-Sud (St-Georges), Groupe Inclusia (Saguenay). Toutes ces organisations nous ont proposé d'envoyer l'information à leur clientèle à travers leurs pages Facebook, les infolettres ou par courriel.

Un courriel aux utilisateurs de l'envoi automatique de l'Université Laval a été envoyé à deux reprises, un premier le 12 juin 2018 et un deuxième pendant la semaine de relâche, le 31 octobre 2018. Le 2^e courriel a généré plus de contacts que le premier, la période de la relâche a été plus propice que la session d'été.

⁷⁴ Fréquence des prénoms par pays. http://www.studentsoftheworld.info/penpals/stats_fr.php?Pays=ALG

Les personnes que nous avons rencontrées dans les cégeps dispensant la formation pour les infirmières immigrantes nous ont proposé également de transmettre l'information auprès de leurs étudiants tout comme d'autres acteurs que nous avons rencontrés nous ont offert de transmettre l'information dans leur réseau.

Les deux séances d'information pour DHCEU auxquelles nous avons participé ont aussi été l'occasion de recruter des participants.

Le recrutement des DHCEU et des IDHQ a débuté fin mai 2018, dès l'autorisation du CERUL, et s'est terminé en août 2019. Cependant, deux acteurs que nous pensions ne jamais rencontrer se sont finalement manifestés, et l'un d'entre eux, l'Association des infirmiers et infirmières libanais de Montréal, a transmis notre annonce dans son réseau et une infirmière libanaise a manifesté son intérêt à participer. Nous n'avions pas rencontré d'infirmière de cette origine, selon les informations que nous avons récoltées à ce moment-là, cela nous paraissait très pertinent d'avoir son point de vue.

Le recrutement des DHCEU a été plus rapide et plus aisé que celui des IDHQ. Cela a commencé à débloquer pour les IDHQ avec la mise en relation d'infirmières françaises par un avocat en immigration de Montréal rencontré comme acteur et avec l'annonce, par une infirmière française recrutée grâce au réseau personnel de la chercheuse, dans le groupe FB fermé des infirmières françaises au Québec. Ces infirmières n'étaient pas toutes arrivées au Québec avec un visa de résidence permanente, mais avec un permis de travail temporaire. Cependant, elles étaient toutes détentrices d'un CSQ ou d'un visa de résident permanent au moment de l'entrevue et leur cheminement a permis d'éclairer les avenues possibles et les stratégies déployées par ces dernières afin de réaliser leur projet : venir travailler comme infirmière et s'installer au Québec avec au bout du compte un statut de résident permanent.

2.2.2.1.1. Les difficultés rencontrées

Lors du recrutement des PFE, nous avons rencontré quelques difficultés avec les IDHQ. D'abord, nous nous sommes heurtée à un problème de disponibilité des IDHQ. En effet, la plupart des IDHQ avec lesquelles nous avons échangé devait jongler avec un emploi du temps chargé et la conciliation travail-horaires atypiques-études-famille. C'est pour cela que nous avons rencontré plusieurs IDHQ à leur domicile. Au moins sept personnes ayant manifesté leur intérêt n'ont pu être rencontrées en raison de leur indisponibilité.

Ensuite, notre réseau a été très efficace à Québec, ce qui nous a permis de rencontrer huit IDHQ dans la ville. En revanche, le recrutement ailleurs, et notamment à Montréal, où s'installent la majorité des immigrants, n'a pas été très fructueux.

Enfin, nous aurions aimé rencontrer des IDHQ des Philippines et des Indiennes pour croiser les informations que nous avons obtenues des acteurs et puisqu'elles sont arrivées en très grand nombre en 2016 et 2017. Malheureusement, nous n'avons pas réussi malgré l'aide que nous avait promis l'Association des infirmières philippines. Notre objectif n'était pas d'avoir un échantillon représentatif des IDHQ selon leur pays d'origine, mais d'avoir une diversité de parcours et rencontrer ces personnes aurait certainement été un plus pour avoir la perspective de personnes anglophones étant donné la place du français au Québec, ainsi que dans le processus de reconnaissance des compétences.

2.2.2.1.2. *Les facteurs facilitateurs*

Plusieurs acteurs que nous avons rencontrés pour notre recherche comme le CREMCV, le CÉDIS et le BCI nous ont grandement aidée au recrutement des DHCEU (10 sur 23).

Le premier l'a fait par les annonces et la présentation du projet de recherche aux participants du *Programme de transition de carrière pour les professionnels de la santé diplômés hors-Canada et États-Unis*. Ils ont aussi permis de réaliser des entrevues dans un climat convivial conservant l'anonymat des participants (clients ou non de l'organisme) en offrant à la chercheuse la possibilité de faire ses entrevues dans leurs locaux. Le second en offrant à la chercheuse de participer à une journée d'observation auprès de DHCEU. Le dernier, en invitant « à titre exceptionnel » et comme observatrice, la chercheuse pour la journée d'information de DHCEU en novembre 2018. Lors de ces deux activités, le projet et la chercheuse ont été présentés aux participants et elle a pu laisser des cartes d'affaires et recueillir les coordonnées de DHCEU intéressés à participer.

2.2.2.2. *Les acteurs institutionnels*

Certains acteurs identifiés lors de l'analyse documentaire font partie du réseau professionnel de la chercheuse et lui avaient déjà fait part de leur volonté de participer. Les autres ont été contactés directement par courriel et par téléphone une fois identifiés dans les organigrammes institutionnels ou les sites internet lors de la phase exploratoire de l'analyse documentaire. Au fur et à mesure des rencontres, quelques acteurs qui n'avaient pas été identifiés, ou qui étaient plus difficiles à contacter, ont été référés par des acteurs rencontrés, ce qui a facilité la prise de contact. 33 personnes de 32 organisations ont été rencontrées (nous avons fait deux entrevues au Collège des médecins du Québec). Un seul des acteurs contactés n'a pas souhaité participer à notre recherche, le Conseil médical du Canada (CMC). Deux acteurs n'ont pas donné suite à notre demande d'entrevue invoquant le manque de temps, des difficultés à trouver le bon moment ou disant oui mais en laissant trainer sans donner de date ni de nouvelles malgré nos relances (Accès Canada (consultant en Afrique) et la faculté de médecine de McGill), trois n'ont pas répondu à notre demande

(Association des infirmières françaises de Montréal, Association des infirmières philippines de Montréal, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec). Enfin, nous avons échangé avec le CaRMS, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) et l'Office québécois de la langue française (OQLF) par courriel et par téléphone. Nous avons convenu lors de ces échanges qu'une entrevue semi-dirigée n'était pas nécessaire. Nous les avons considérés comme des experts car ils ont partagé avec nous de l'information complémentaire très pertinente. Nous avons pris des notes lors des entretiens téléphoniques.

Le recrutement des acteurs a débuté fin mai 2018, dès l'autorisation du CERUL et s'est terminé en mars 2021. La grande majorité des entrevues a été réalisée entre 2018 et 2019.

2.2.2.2.1. Les difficultés rencontrées

Lors de la présentation de notre projet de thèse, notre comité nous avait alertée sur le fait que notre terrain était très ambitieux et nous avait fortement suggéré d'avoir un plan B, notamment en ce qui concernait les acteurs de la reconnaissance des DHCEU. En effet, certains acteurs ont la réputation d'être « fermés » et difficiles d'approche. Les articles de presse des dernières années, ainsi que certaines recherches, ont souvent mis l'accent sur cette fermeture, sur le corporatisme de certains et les difficultés de la reconnaissance des compétences des médecins notamment ont souvent fait les manchettes. Nous n'avons pas eu de difficulté avec le CMQ où nous avons conduit deux entrevues alors que l'on nous avait dit que ce serait compliqué.

Enfin, certains acteurs ont parfois été réticents à participer craignant que l'on mette encore une fois leur fermeture et leur corporatisme de l'avant. Une fois les objectifs de la recherche clarifiés, ils ont accepté de participer et leur apport enrichit cette recherche.

2.2.2.2.2. Les facteurs facilitants

Le fait de connaître certains acteurs d'un point de vue professionnel a facilité leur participation car ils connaissaient le sérieux et la rigueur de la chercheuse. D'autres nous ont confié être allés voir le profil LinkedIn de la chercheuse et avoir vérifié son parcours avant de dire oui, l'expérience de la chercheuse les ayant rassurés. Enfin, l'âge de la chercheuse et son parcours professionnel ont pesé positivement parfois dans la décision de participer pour certains acteurs.

2.2.3. L'échantillon

Selon Campenhoudt et al. (2011, p. 147-149), le chercheur en sciences sociales a trois possibilités de constituer l'échantillon de la population qu'il veut étudier : il peut considérer la totalité de la population à l'étude, un échantillon représentatif ou encore « étudier des composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population. » La constitution d'un échantillon

ne se posait que pour les DHCEU et les IDHQ puisque pour les acteurs de la reconnaissance, nous avons établi une liste lors de l'analyse documentaire, liste qui pouvait être complétée durant le terrain si nous avions connaissance d'autres acteurs non identifiés lors de cette première phase. Concernant les DHCEU et les IDHQ, des contraintes de temps et de faisabilité ne nous permettent pas, pour cette recherche, d'étudier toute la population admise dans la province de Québec. Selon les données du MIFI, 12 366 médecins et infirmières immigrants ont été admis entre 2008 et 2018 et 5 790 permis de travail temporaires ont été délivrés à des médecins et infirmières immigrants durant cette période (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021b). Il est impossible de les trouver tous et de les contacter pour une entrevue semi-dirigée. De plus, notre objectif n'est pas la représentativité statistique, mais d'avoir « une diversité maximale des profils en regard du problème étudié » (Campenhoudt et al., 2011, p. 149) pour rendre compte de complexité des parcours. C'est pourquoi nous avons choisi de constituer un échantillon suffisamment diversifié pour « recueillir les réactions les plus variées et les plus contrastées. » (Campenhoudt et al., 2011, p. 149).

Nous n'avons pas décidé d'un nombre précis d'entrevues à réaliser, nous fiant au principe de saturation pour déterminer quand arrêter de rencontrer des DHCEU et des IDHQ, c'est-à-dire quand nous n'apprenons plus rien de nouveau lors des entrevues (Campenhoudt et al., 2011). La saturation s'est clairement manifestée pour les deux groupes de professionnels rencontrés (DHCEU et IDHQ), cependant, n'ayant pu rencontrer un groupe particulier d'IDHQ, les Philippines et les Indiennes anglophones arrivées en 2016 et 2017, nous perdons sans doute des informations.

Pour cette recherche, nous nous intéressons à la sous-catégorie des travailleurs qualifiés de l'immigration économique parce qu'ils sont sélectionnés par le gouvernement qui pratique une immigration sélective en réponse à des besoins économiques de main-d'œuvre qualifiée. Comme l'objectif est de comparer des situations identiques de personnes sélectionnées selon la grille de sélection du Québec, nous avons privilégié les résidents permanents de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés, sans toutefois nous priver de rencontrer des personnes venues avec un statut de parrainé (regroupement familial), de réfugié, de travailleur temporaire ou d'étudiant international. En effet, comme nous l'avons constaté lors de nos entrevues, pour certains, c'était une stratégie de venir avec un autre statut que travailleur qualifié pour faciliter le processus de reconnaissance de leurs compétences et devenir résident permanent par la suite. De plus, en rencontrant des travailleurs temporaires, nous avons eu de l'information sur les ARM qui nous aurait échappé sans leur participation.

Comme nous l’avons vu dans le premier chapitre de cette recherche, la documentation scientifique montre que cela peut prendre jusqu’à 10 ans pour exercer sa profession au Canada (Girard et Smith, 2013), c’est pourquoi nous avons choisi de recruter des personnes immigrantes admises depuis 2008, dans la mesure où l’étude empirique commence en 2018.

Ainsi, nous avons rencontré des personnes venant de différents continents, d’âge différent, des hommes et des femmes aux origines socioéconomiques et culturelles différentes et admises dans la province entre 2008 et 2018, dont la profession exercée dans le pays d’origine était inscrite sous les CNP 3111 (médecins spécialistes), 3112 (médecins généralistes), 3012 (infirmières) sur le CSQ, qu’ils exercent ou pas leur profession au Québec. Ils devaient avoir fait leurs études et exercé leur profession dans leur pays d’origine ou dans un autre pays que le Canada ou le Québec. Dans notre échantillon, nous désirions retrouver toutes les situations possibles : retour aux études, réorientation, exercice de la profession ou non, des personnes en stage ARM, en stage CÉDIS, qui en sont au début du processus, à la fin du processus, etc.

2.2.3.1. Les DHCEU et les IDHQ

Nous brosons le portrait des PFE rencontrés dans les tableaux ci-dessous qui sont des extractions des variables entrées dans QDA Miner.

Dans le Tableau 12, on constate que les PFE rencontrés ont été admis au Québec entre 2008 et 2017. Nous avons rencontré 35 PFE pour cette recherche : 13 infirmières, 15 médecins généralistes et 7 médecins spécialistes.

Tableau 12: Types de participant par année d’arrivée

Année	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
2008		4	1
2009	1	2	
2010		2	1
2011		2	
2012	1		1
2014	2	1	1
2015		2	2
2016	1	2	5
2017	2		2
Total	7	15	13
			35

Ils sont originaires de 16 pays différents (Tableau 13), mais certains ont réalisé leur formation initiale dans un autre pays que leur pays de naissance (Tableau 14) où ils ont dû apprendre une autre langue (russe et espagnol) que leur langue maternelle (français). Ils sont originaires d’Europe de l’Ouest, d’Europe de l’Est, d’Afrique, d’Asie et d’Amérique latine (Tableau 13).

Tableau 13: Types de participants par pays de naissance

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Algérie	1	3	
Brésil			1
Cameroun			1
Colombie	1	1	
Côte d'Ivoire		2	4
Djibouti		1	
France	1		5
Haïti		2	1
Iran	2	1	
Maroc		1	
Mexique		1	
Moldavie	2		
Roumanie		1	
Rwanda		1	
Liban			1
Tunisie		1	
	7	15	13
			35

Tableau 14: Types de participants par pays de diplomation

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Algérie	1	3	
Brésil			1
Cameroun			1
Colombie	1	1	
Côte d'Ivoire		2	4
Cuba		2	
France	1		5
Haïti		1	
Iran	2	1	
Maroc		1	
Mexique		1	
Moldavie	2		
Roumanie		1	
Russie		1	
République dominicaine			1
Liban			1
Tunisie		1	
	7	15	13
			35

La majorité des DHCEU et IDHQ rencontrés, à l'instar des immigrants en général, se sont installés à Montréal ou dans sa région (Tableau 15). Plusieurs ont déménagé ensuite pour leur formation complémentaire ou pour le travail (Tableau 16).

Tableau 15: Types de participant par ville d'installation à l'arrivée

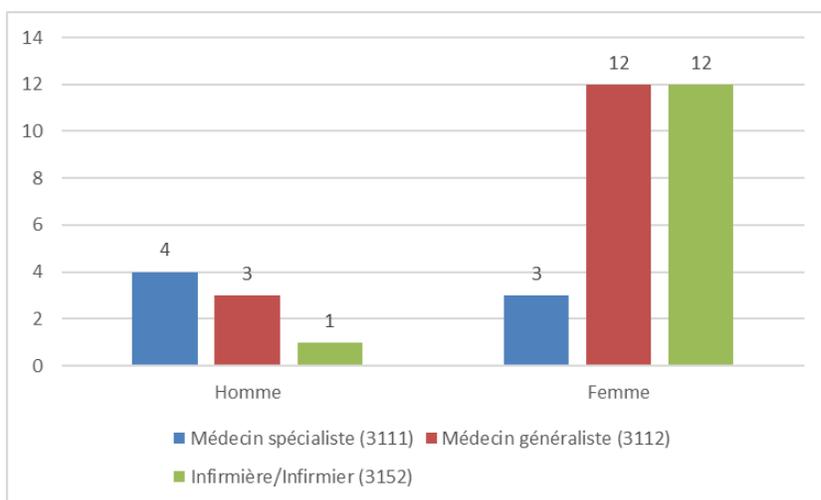
	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Québec	2	3	4
Montréal	3	7	7
Brossard		1	
Sherbrooke	2		1
Saint-Jean-sur-Richelieu			1
Saguenay		1	
Longueuil		1	
Toronto		1	
Saint-Bruno		1	
	7	15	13
			35

Tableau 16: Types de participant par ville de résidence

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Québec	2	5	8
Brossard		1	
Gatineau	1		
Montréal	3	6	5
Pointe-Claire		1	
Lévis		1	
Sherbrooke	1		
Laval		1	
	7	15	13
			35

Les IDHQ de notre échantillon sont presque toutes des femmes (12 sur 13). Les femmes médecins généralistes sont également majoritaires alors que leur nombre est plus également réparti avec celui des spécialistes dans leur pays d'origine (Tableau 17).

Tableau 17: Types de participants par genre



Les DHCEU et IDHQ que nous avons rencontrés sont arrivés au Québec plutôt jeunes et ont une moyenne d'âge de 34 ans. Le plus jeune avait 25 ans, la plus âgée 46 ans à leur arrivée au Québec (Tableau 18).

Tableau 18: Types de participants selon l'âge à l'arrivée

Âge	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
25		1	
26		1	
27	1	1	3
29	1	2	2
30		1	2
31		1	
33	2		
34		2	
35		1	
36		1	2
37	2		1
38		1	1
40		2	
41	1		1
42		1	
46			1
total	7	15	13
			35

La grande majorité travaille dans le domaine de la santé, mais n'exercent pas toujours leur profession de médecin ou d'infirmière, plusieurs exerçant une profession éloignée de celle qu'ils avaient dans leur pays d'origine (Tableau 19). Ce point sera approfondi dans les chapitres présentant les résultats de la recherche. Certains ont terminé le processus de reconnaissance, d'autres en sont au tout début.

Tableau 19: Types de participants selon emploi actuel

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Préposé.e aux bénéficiaires		2	2
Évaluateur clinique		1	
CEPI			1
Infirmier.e	2		2
Infirmier.e clinicien.ne			5
Infirmier.e auxiliaire			1
Étudiant.e - Administration			1
Infirmière - Cheffe d'unité			1
Conseillère en développement de carrière		1	
Étudiant.e - Médecine (externat)		2	
Agent.e de mobilisation communautaire en santé publique		1	
Étudiant.e - Nutrition		1	
Conseiller.e dans un organisme		1	
Sans emploi - Se prépare aux examens		1	
En recherche d'emploi		1	
Médecin résident anatomopathologie		1	
Assistant de recherche	1		
Médecin - psychiatre		1	
Étudiante - sciences pures médicales	1		
En démarche pour entrer en résidence		1	
En recherche d'emploi en attendant CaRMS	1		
Médecin spécialiste - Anatomopathologiste	2		
Médecin résidente pathologie		1	
	7	15	13
			35

Comme nous l'avons expliqué plus haut, nous voulions rencontrer des personnes résidentes permanentes arrivées dans la sous-catégorie des travailleurs qualifiés, sans nous priver d'autres parcours car il pouvait s'agir de stratégies pour mener un projet professionnel à terme avec le plus

de chances possibles. Les statuts migratoires de nos répondants décrits dans le Tableau 20 reflètent ce choix.

Tableau 20: Types de participant par statut migratoire

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Résident permanent - travailleur qualifié	6	8	10
Résident permanent - regroupement familial		3	
Résident permanente - réfugié ou humanitaire		1	
Travailleur temporaire			1
Étudiant international			1
PVT			1
Résident permanent - Federal Skilled Worker Program		1	
Résident permanent - PEQ	1	2	
	7	15	13
			35

Un tiers des participants rencontrés ont fait affaire avec un avocat pour leur processus d'immigration (Tableau 21).

Tableau 21: Recours à un avocat/consultant en immigration par type de participant

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Oui	2	7	4
Non	5	8	9
	7	15	13
			35

La grande majorité des DHCEU et IDHQ était requérant principal pour le dossier d'immigration, donc c'est leur profil qui donnait le plus de points au dossier de sélection (Tableau 22).

Tableau 22: Le participant était requérant principal

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Oui	5	10	12
Non	2	2	1
na		3	
	7	15	13
			35

Quatre de nos répondants ont bénéficié des arrangements de reconnaissance mutuel France-Québec pour venir s'installer et travailler au Québec (Tableau 23).

Tableau 23: Participants venus avec un ARM

	Médecin spécialiste (3111)	Médecin généraliste (3112)	Infirmière/Infirmier (3152)
Oui	1		3
Non	6	15	10
TOTAL	7	15	13
			35

2.2.3.2. Les acteurs institutionnels du processus de sélection et de reconnaissance des compétences professionnelles

L'analyse documentaire nous a permis d'établir une liste d'acteurs à contacter pour une entrevue-semi-dirigée. Nous avons rencontré 33 personnes, mais 31 acteurs. En effet, nous avons fait deux entrevues au Collège des médecins du Québec et deux entrevues au MSSS avec deux personnes différentes dans les deux organisations.

Tableau 24: Liste des acteurs institutionnels rencontrés

ACEM
Association des infirmiers et infirmières libanais de Montréal
Bernier Beaudry (avocat)
Bureau de coopération interuniversitaire (BCI)
CÉDIS
Cégep Édouard Montpetit
Cégep John-Abbott
Cégep Limoilou
Cégep Sherbrooke
Cégep Vieux-Montréal
Centre RIRE 2000
CIUSSS (1 en région, 1 à Montréal)
Collège des Médecins du Québec (CMQ)
Commissaire à l'admission aux professions
Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ)
CREMCV
Facultés de médecine - Université de Montréal
Facultés de médecine - Université de Sherbrooke
Facultés de médecine - Université Laval
FIQ
Hirondelle
Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI)
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS)
Objectif Terre (consultante immigration)
Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ)
Pôle de coordination pour l'accès à la formation
PROMIS
Qualifications Québec
Un cabinet d'avocats montréalais

Un tiers des personnes rencontrées ont demandé que leur titre reste confidentiel. Ce que nous pouvons cependant dire, c'est que ce sont des postes de décideurs. Donc la très grande majorité de nos répondants (Tableau 25) joue un rôle important dans les décisions, les évaluations et la sélection. Leur contribution à notre recherche est donc importante car ils ont pu expliquer les choix qui ont été faits.

Tableau 25: Professions des acteurs rencontrés

Commissaire	1
Directeur/Directrice	6
Vice-doyen/Vice-doyenne	2
Conseiller/Conseillère en emploi	1
Coordonnateur/Coordonnatrice	1
Confidentiel	10
Conseiller en partenariats	1
Conseiller/Conseillère pédagogique	1
Conseiller/Conseillère d'orientation	1
Formateur/Formatrice	1
Vice-président.e	1
Président.e	1
Directeur/Directrice de programme	1
Directeur / Directrice adjointe	1
Avocat en immigration	2
Consultante en immigration	1

2.3. L'observation directe

En plus de la recherche documentaire et des entrevues semi-dirigées, nous avons utilisé une troisième méthode de collecte de données, soit l'observation directe non participante, c'est-à-dire que nous écoutons, en situation. Le contexte dans lequel nous recueillons les données n'est pas le même que celui d'une entrevue dirigée ou semi-dirigée où le participant répond à nos questions. Avec l'observation directe, « on recueille l'ensemble des discours en les rapportant au moment où ils sont tenus » (Paugam, 2018, p. 156). Celle-ci complète donc bien les entrevues semi-dirigées car elle permet d'« accéder à des données que l'entretien formel n'aurait pas livrées » (Paugam, 2018, p. 148). Durant l'observation directe, le chercheur ne s'adresse pas directement à son sujet d'étude. Il l'observe, en vue d'obtenir des informations brutes et spontanées (Campenhoudt et al., 2011) tout en étant attentif à ce que cela n'influe pas sur le comportement des participants (Paugam, 2018). Le chercheur doit tenir compte de cet élément et éviter d'avoir l'air de contrôler la situation et montrer son sérieux.

Pour avoir le point de vue des immigrants et des acteurs, nous envisageons de participer aux séances d'information offertes aux PFE comme observatrice. Pour ce faire, nous devons obtenir le consentement des organisations qui dispensent ces séances et des personnes immigrantes présentes. À la suite de notre entrevue avec le BCI, nous avons demandé à pouvoir participer à la séance d'information annuelle destinée aux DHCEU invités à présenter une demande de jumelage auprès du CaRMS. La demande a été acheminée à la Conférence des vices-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec qui « ont exceptionnellement accepté » que nous puissions « assister à la prochaine journée d'information pour les DHCEU » alors que « l'accès est normalement strictement réservé aux DHCEU qui sont candidats à l'admission dans l'année en cours »⁷⁵.

Nous avons participé le samedi 3 novembre 2018 à la 10^e édition de la Journée d'information destinée aux médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) du BCI qui avait lieu au Collège André-Grasset à Montréal. Nous y avons été présentée comme observatrice non-participante et avons mis à disposition des participants le feuillet de consentement prévu à cet effet. Comme tout le monde, nous prenions des notes. Installée au fond de la salle et appartenant à la même tranche d'âge, nous avons pu passer inaperçue et nous faire oublier durant la journée.

La rencontre a duré toute la journée et plusieurs conférenciers, des médecins directeurs et directrices de différents programmes des quatre facultés de médecine de la province, se sont relayés toute la journée pour présenter aux DHCEU présents les principaux programmes de formation

⁷⁵ Ce sont des extraits du courriel d'invitation que nous avons reçu du BCI le 22 octobre 2018.

postdoctorale. Le jumelage CaRMS a été présenté par un de ses représentants et les compétences CanMEDS par un représentant du CMQ. La journée s'est terminée avec le témoignage d'une DHCEU résidente R-5 en psychiatrie et le mot de clôture a été adressé par la présidente d'honneur de la journée, une ancienne DHCEU devenue médecin et exerçant depuis plusieurs années au Québec. Des représentants du CÉDIS et du BCI étaient présents également, et tous ont répondu aux très nombreuses questions des DHCEU présents.

Les questions des DHCEU ont souvent porté sur les critères prévus au jumelage, notamment les stages d'observation, les lettres de références, le score du TFI et l'éloignement de la pratique.

Les conférenciers ont mis l'accent sur les attentes et les conditions d'accès à la résidence, ainsi que sur le caractère très compétitif des études de médecine et les compétences à développer, sans parler du rythme imposé par la formation qui rend difficile la conciliation travail-étude-famille par exemple.

Selon les organisateurs, une soixantaine de participants étaient attendus pour cette journée. Nous en avons compté 54 le matin et 40 l'après-midi, répartis également entre hommes et femmes.

Cette technique de recueil de données peut comporter quelques limites. D'abord, il est parfois difficile d'être autorisé à intégrer un groupe comme observateur (Campenhoudt et al., 2011; Silverman, 2013). Nous avons eu la chance de voir nos demandes acceptées pour participer à deux journées d'information destinées aux DHCEU. En 10 ans, nous sommes la seule chercheuse à avoir été invitée, nous pensons que c'est un apport pour cette recherche.

Ensuite, ces séances ne peuvent être enregistrées et la prise de notes est parfois une tâche difficile nécessitant alors de faire appel à sa mémoire. Nous n'avons pas enregistré les séances d'information, mais nous pouvions prendre des notes. Une grille d'observation et d'analyse a été préparée en fonction du programme de la journée envoyé à l'avance. Établie à partir du cadre conceptuel, elle permet de récolter les données pertinentes à notre recherche et d'éviter les « biais cognitifs liés au filtre personnel de l'observateur et la tentation de reconstruction a posteriori d'un récit correspondant à ce que le chercheur veut démontrer » (Livian, 2018, p. 79). Nous y avons ajouté la possibilité de noter des commentaires et des transcriptions de propos de certains participants pertinents pour la recherche.

Enfin, l'interprétation des observations peut ne pas aller suffisamment en profondeur alors que nous étudions des processus complexes (Campenhoudt et al., 2011). Pour faire en sorte que cette méthode soit le plus efficace possible, la grille d'analyse et d'observation reprend les catégories bien définies liées à notre cadre théorique ainsi qu'un journal de bord (Campenhoudt et al., 2011; Silverman, 2013). Lors des séances, l'objectif est ainsi d'observer les éléments de coordination, de coopération ou de conflit pour notre analyse et identifier le sens donné à la règle par les acteurs. Le

journal de bord sert à prendre des notes tout au long de la recherche sur les réflexions de la chercheuse ou sur des « aspects de non verbal » dans les entrevues et ont pour but « d'aider la chercheuse à prendre conscience de ses sentiments et de ses biais » (Laperrière, 2009, p. 331).

Nous avons récolté, lors de ces deux séances, des éléments d'information qui n'avaient pas été mentionnés lors des entrevues semi-dirigées, notamment en ce qui concerne les critères d'admission en résidence expliqués aux DHCEU par les acteurs institutionnels présents et la préparation des entrevues pour « se vendre ». La participation à ces deux séances nous a permis également de recruter trois DHCEU.

3. Traitement des données et interprétation

Les notes prises lors des deux rencontres d'observation non participantes dans le journal de bord, les transcriptions des entrevues ainsi que les schémas numérisés ont été versés dans le logiciel QDA Miner et toutes ces données ont été codifiées selon les mêmes catégories et codes pour analyse tel que le préconise Eymard-Duvernay (2012b, p. 44) : « Une méthode consiste à analyser, par des logiciels de traitement de données textuelles, les grammaires des qualités [...]. La prise en compte de la qualité dans l'analyse suppose ainsi de s'intéresser à des données dites justement qualitatives, sachant que les données quantitatives n'ont de sens que lorsque l'on a bien identifié les qualités qui les fondent ».

Nous avons procédé de manière hypothético-déductive avec une thématization séquencée telle que présentée par Paillé et Mucchielli (2008, p. 166). Nous avons d'abord préparé les catégories et codes en fonction des thèmes déjà établis, du cadre conceptuel, des objectifs et de la question de recherche. En effet, toute l'analyse se fait pour répondre à cette question, nous devons donc orienter notre analyse sur ces thèmes. Comme la chercheuse a réalisé toutes les entrevues et pris les notes lors des entrevues et de l'observation non-participante, elle avait déjà consigné dans son journal des éléments complémentaires pour le traitement et l'analyse de toutes ces données, ce qui est venu s'ajouter aux autres éléments d'analyse susmentionnés. Ensuite, nous avons codé un échantillon d'entrevues pris au hasard pour valider les thèmes, les catégories et les codes afin de vérifier la cohérence de nos codes. Nous avons ainsi remanié notre livre de codes, fusionné ou regroupé certains codes, ajouté des codes. Puis nous avons codé tout le corpus versé dans QDA Miner. Enfin, nous nous sommes rendue compte lors du codage que certains codes se ressemblaient quant aux résultats, nous avons donc refait un travail minime de fusion ou de regroupement.

L'analyse du corpus, selon le cadre d'analyse proposé dans le chapitre 2, a conduit aux résultats contenus dans les chapitres 4 et 5 de la recherche.

4. Critères de scientificité

En recherche qualitative, nous devons nous assurer de la validité interne et externe de nos résultats ainsi que de leur fiabilité, afin d'éviter les biais et rester le plus objectif possible (Laperrière, 1997). Ainsi, pour nous assurer de la justesse du lien entre l'observation empirique et son interprétation, et donc garantir la validité interne de notre recherche, nous devons utiliser une méthodologie adéquate et nous assurer que le lien entre les observations empiriques et leur interprétation fait sens avec justesse et pertinence (Gauthier, 2003; Laperrière, 1997; Mucchielli, 2005). À cet égard, la mobilisation de notre cadre théorique et conceptuel, une codification exhaustive et une analyse rigoureuse ont assuré cette validité, soutenue par ailleurs par la triangulation des données qui a permis de mieux comprendre et corroborer les informations recueillies (Silverman, 2013) et « établir la concordance entre diverses sources de données et diverses interprétations » (Laperrière, 1997, p. 378).

La validité externe détermine le degré et les limites de généralisation des résultats de la recherche à d'autres groupes (Gauthier, 2003). Différents courants s'opposent quant aux possibilités de généralisation des résultats dans une recherche qualitative étant donné que la taille des échantillons ne permet une généralisation statistique (Laperrière, 1997). L'étude de phénomènes et de processus met en évidence une « généralisation analytique » (Ayerbe et Missonier, 2007, p. 42) qui, associée à un contexte particulier, permet la transférabilité des résultats (Ayerbe et Missonier, 2007).

Finalement, l'utilisation de plusieurs moyens de collecte de données (analyse documentaire, entrevues semi-dirigées et observation directe) permettant de trianguler les informations, l'utilisation d'outils de qualité pour recueillir les données (grilles d'entrevues, schéma du processus de reconnaissance, enregistrement des entrevues, verbatim, grille de notes pour l'observation non-participante et codage des verbatim, des notes et des commentaires sur le schéma) nous assurent de la fiabilité de nos résultats, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas « le fruit de circonstances accidentelles » et qu'ils sont reproductibles par d'autres chercheurs utilisant les mêmes outils.

5. Pertinence sociale

La recension des écrits a permis de montrer que la province du Québec a du mal à remplir son mandat d'intégration professionnelle de certains professionnels formés à l'étranger, notamment ceux qui veulent exercer une profession réglementée. Le contrôle à l'entrée exercé par les ordres professionnels serait une barrière majeure à la reconnaissance des diplômes et des compétences des professionnels formés à l'étranger dans les professions du domaine de la santé, et spécialement pour les professions de médecins et d'infirmières. Le Collège des médecins du Québec est

particulièrement montré du doigt quant à la fermeture de la profession et l'OIIQ, qui semble pourtant avoir mis nombre de procédures en œuvre pour permettre aux infirmières formées à l'étranger d'exercer le plus rapidement possible leur profession, se plaint de ses partenaires qui ne font pas le nécessaire pour faciliter l'accès aux formations complémentaires ou aux stages pour ces dernières.

Nous avons vu également que le système professionnel en contexte d'immigration s'est organisé au Québec, mais que la coordination des nombreux acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences n'est pas efficace. Ont été relevés le manque de coordination lui-même, le manque de clarté de l'information des acteurs institutionnels, la complexité des structures institutionnelles de la reconnaissance des compétences et le paradoxe entre des politiques qui sélectionnent les immigrants sur des critères qui sont questionnés par les acteurs de la reconnaissance des diplômes et des compétences.

Il ne s'agit pas simplement de décrire le processus de reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants, mais de rendre compte de la complexité de la coordination des acteurs institutionnels, c'est-à-dire identifier les acteurs, les règles, les étapes, la nature des tensions et savoir où se situent les blocages de la reconnaissance des compétences de ces professionnels formés à l'étranger.

L'intégration professionnelle des personnes immigrantes est un enjeu de société. Ces personnes ont été sélectionnées par la province pour leurs compétences, leur expérience professionnelle et leur formation afin de répondre aux besoins de main-d'œuvre du Québec. Quand des immigrants ne peuvent exercer leur profession parce que leurs diplômes et leurs compétences ne sont pas reconnus, et qu'elles sont exclues des parcours de reconnaissance et de leur groupe professionnel, c'est une perte pour tout le monde : la société, les personnes immigrantes et le gouvernement.

6. Pertinence scientifique

Les recherches menées jusqu'à présent sur la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants ont mis de l'avant les difficultés ou les facteurs facilitants l'intégration de ces professionnels (Blain et al., 2012; Charles, 2011) parfois basés sur les différences culturelles (Primeau, 2015), les identités professionnelles (Blain et al., 2014), les trajectoires de reconnaissance des compétences (Blain, 2016; Blain et Fortin, 2020), les perceptions des immigrants de leur intégration professionnelle (Bardai, 2010; Boulais, 2013), les arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) avec la France (Bédard et al., 2018; Bédard et Roger, 2015; Bédard et Zaidman, 2019; Dumas-Martin, 2014) ou encore la discrimination (Archambault et al., 2010; Otmani, 2020). Plusieurs de ces recherches ont également abordé le manque de coordination et de collaboration

entre les acteurs de la reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger mais également le manque de cohérence dans l'information transmise, voire l'existence de contradictions entre eux (Alboim et al., 2005; Blain et al., 2012; Chicha et Charest, 2008).

De nombreux acteurs institutionnels sont impliqués dans ces processus et il n'existe pas de mécanisme formalisé où les rôles et responsabilités de chaque acteur est décrit à travers le processus de reconnaissance. C'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à la coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences au Québec puisqu'il n'existe pas, à notre connaissance, de recherche qualitative portant sur l'analyse de la coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants au Québec. Notre recherche va contribuer à combler ce manque et permettre de porter un regard original sur les politiques publiques au Québec, notamment par la mobilisation de la théorie des conventions et en interrogeant non seulement les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences de ces professionnels, mais également les médecins et infirmières immigrants.

Nous avons expliqué dans ce troisième chapitre notre stratégie de recherche et de collecte de données en lien avec l'approche de la théorie des conventions. Nous d'abord expliqué notre choix d'une recherche qualitative puis nous avons détaillé comment nous avons procédé, à l'aide d'une analyse documentaire importante, pour préparer notre terrain. Ensuite, nous avons présenté nos outils de collecte de données, soit les formulaires de consentement, les grilles d'entrevue destinés aux DHCEU, aux IDHQ et aux acteurs institutionnels ainsi que le schéma représentant le parcours institutionnel que nous avons demandé de commenter à chacun de nos participants. Puis, nous avons exposé nos critères et notre stratégie de recrutement qui nous ont permis de mener 68 entrevues semi-dirigées avec les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences et des personnes immigrantes médecins et infirmières. Également, les difficultés et les facteurs ayant facilité nos démarches ont été détaillés. Nous avons par la suite brossé un portrait de tous nos participants. Enfin, nous avons souligné notre expérience d'observation directe non-participante lors de deux rencontres auxquelles nous avons été conviée par les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU. Nous avons expliqué également comment nous avons traité et interprété nos données. Enfin, nous terminons ce chapitre avec la présentation des critères de scientificité de notre recherche, la pertinence sociale et la pertinence scientifique de notre thèse.

Chapitre 4 - Résultats DHCEU

Ce chapitre consacré à la présentation des résultats de la recherche sur les médecins diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) se décline en quatre parties.

Dans une première partie, nous commençons par décrire la profession de médecin au Québec depuis la mise en œuvre des tout premiers règlements sur le contrôle de la pratique médicale qui existe depuis le XVIII^e siècle, processus qui a toujours cours aujourd'hui. Nous faisons ce retour historique pour montrer l'origine des conventions sur les compétences nécessaires à l'exercice de la profession et les conditions de son exercice. Nous expliquons ensuite le parcours des candidats à la profession aujourd'hui, des études médicales jusqu'à l'obtention du permis d'exercice. Puis nous brossons un portrait de la profession de médecin au Québec, pour finir avec la gestion des besoins de main-d'œuvre médicale dans la province.

La deuxième partie du chapitre présente le portrait des DHCEU au Québec admis entre 2008 et 2018 et met en lumière la complexité des différents parcours pour l'obtention d'un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec.

La troisième partie du chapitre est consacrée aux résultats de l'analyse obtenus à partir du cadre d'analyse théorique et à travers les trois processus présentés dans le chapitre théorique, soit le processus d'immigration, le processus d'évaluation et de reconnaissance des compétences et le processus d'intégration professionnelle. Nous exposons chaque étape par laquelle les DHCEU doivent passer pour faire reconnaître leurs compétences professionnelles, depuis la sélection par le MIFI, en passant par les épreuves de la reconnaissance des compétences professionnelles par les organismes de régulation et les établissements d'enseignement, jusqu'à leur intégration professionnelle dans les établissements de santé. Nous montrons également quels blocages ils rencontrent durant le processus qui mènent parfois à une exclusion du parcours, ainsi que les facteurs qui vont faciliter la réussite des étapes. Nous expliquons également comment les acteurs institutionnels présents à chaque étape se coordonnent durant le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU. Finalement, nous concluons ce chapitre en dévoilant le schéma-synthèse de la structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU que l'analyse nous a permis d'élaborer dans une quatrième et dernière partie.

1. La profession de médecin au Québec

La profession de médecin au Québec fait partie des professions réglementées à exercice exclusif, ce qui veut dire que seuls les membres du Collège des médecins de Québec (CMQ) peuvent porter le titre et exercer les activités qui leur sont réservées par la Loi. Pour exercer à titre de médecin

spécialiste ou généraliste, il faut donc répondre aux critères définis par le CMQ en termes de formation et de diplôme pour se voir délivrer le permis d'exercice. Rappelons que la profession de médecin est catégorisée au Canada selon la Classification nationale des professions (CNP). Les médecins sont divisés en deux groupes de professionnels : les médecins spécialistes CNP 3111 et les Omnipraticiens/omnipraticiennes et médecins en médecine familiale CNP 3112⁷⁶.

Dans cette première partie consacrée à la profession de médecin au Québec, nous expliquons dans une première section, à travers son historique, comment a évolué le contrôle de la pratique et de la formation des médecins au Québec par le Collège des médecins dans les premiers temps, puis avec la création des facultés de médecine ensuite, pour finir avec l'encadrement légal et réglementaire depuis 1973. La profession ayant été exercée uniquement par des hommes jusqu'au XXe siècle, nous profitons de l'historique pour mentionner comment s'est déroulée l'entrée des femmes dans la profession dans la province. Dans une deuxième section, nous décrivons les étapes de la formation médicale universitaire jusqu'à l'obtention du permis d'exercice délivré par le Collège des médecins du Québec en passant par le système de jumelage organisant l'entrée en résidence. Dans une troisième section, nous brossons un rapide portrait de la profession de médecin au Québec pour finir, dans une quatrième et dernière section, en décrivant le processus de la planification de la main-d'œuvre médicale au Québec en traitant spécifiquement de la profession de médecin.

1.1. Historique

Nous constatons à travers l'histoire de la profession de médecin au Québec que **le contrôle de la pratique et de la formation** fait partie d'un processus qui a débuté à la fin du XVIIIe siècle et n'a pas cessé depuis, même si le Collège des médecins n'a plus aujourd'hui une autonomie complète sur la formation mais a gardé un rôle important dans le contrôle de la pratique.

Les premiers règlements sur le contrôle de la pratique médicale datent de 1750 avec l'obligation pour les médecins immigrants⁷⁷ de passer un examen pour pouvoir exercer à Québec, Montréal et Trois-Rivières. Les premiers bureaux d'examineurs chargés de contrôler la compétence des praticiens et l'exercice de la profession voient le jour en 1788 (Dussault, 1978b; Goulet et Gagnon, 2014).

Ce **contrôle de la pratique médicale**, avec l'exigence d'une **formation adaptée** à la médecine clinique et un enseignement francophone, s'accompagne durant la première moitié du XIXe siècle

⁷⁶ Nous utilisons indifféremment dans le texte médecin de famille, médecin omnipraticien ou médecin généraliste pour la profession 3112, les termes qui caractérisent cette profession diffèrent selon certaines sources.

⁷⁷ Sauf pour les diplômés d'une université britannique. On parle des immigrants qui viennent s'installer en Nouvelle-France.

du désir pour les médecins d'avoir une instance provinciale défendant l'autonomie de la profession et l'accroissement de leurs revenus (Goulet et Gagnon, 2014)

Ainsi, le Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada (qui deviendra le Collège des médecins du Québec en 1994) voit le jour suite à la *loi de 1847* qui autorise sa création et permet la mise en place de règles concernant la formation et la pratique de la médecine et acquiert le statut de profession protégée (Collège des médecins du Québec, 2016; Goulet et Gagnon, 2014). À l'époque, c'est la première, et la seule, association de médecine en Amérique du Nord possédant un statut juridique de corporation autonome à pratique exclusive. Elle obtient ainsi le droit de définir les conditions d'admission aux études, le contenu de celles-ci et de fixer les conditions d'accès à l'exercice de la médecine (Goulet et Gagnon, 2014).

Le contrôle se renforce vingt ans plus tard avec la *loi médicale de 1876* qui permet la restriction de l'accès à la profession, la monopolisation des actes médicaux et oblige les médecins licenciés à s'inscrire (Collège des médecins du Québec, 2016; Goulet et Gagnon, 2014). En 1898, les médecins obtiennent le droit de fixer leurs honoraires, le droit exclusif de décerner les licences de pratiques, la liberté du lieu d'exercice de leur profession et se dote du premier code de déontologie cette même année (Goulet et Gagnon, 2014). Inchangé pendant un siècle, il est mis à jour régulièrement depuis 1998 pour rester « adapté à la réalité d'aujourd'hui afin de mieux protéger le public » (Collège des médecins du Québec, 2015 (mise à jour 2017), p. 2)

Selon Goulet et Gagnon (2014), à la fin du XIXe siècle, pour garder le contrôle de la sphère médicale et tenir à l'écart les infirmières de plus en plus présentes, le Collège décide d'accroître son emprise sur l'offre de soin et procède dès lors à la **standardisation des pratiques**, à la **monopolisation** des actes médicaux, au **contrôle des admissions** aux études et à la pratique de la médecine tout en maintenant une **surveillance sur l'offre de soins**. Nous verrons dans les résultats et leur analyse à quel point ces éléments sont importants pour notre recherche.

À partir du début du XXe siècle, avec pour objectif l'amélioration des pratiques diagnostiques et thérapeutiques, une conception libérale de la médecine voit le jour : le médecin est l'unique intervenant à posséder les compétences nécessaires pour déterminer les conditions favorables à la préservation de la santé publique et au rétablissement de la santé des individus (Goulet et Gagnon, 2014).

La *Loi médicale* de 1909 détermine la pratique et l'enseignement de la médecine avec la mise en place d'un bureau médical d'examineurs et la hausse de la durée des études. Des moyens plus importants visant directement les sage-femmes sont mobilisés afin de combattre l'exercice illégal de la médecine. Les premiers certificats de spécialités seront délivrés en 1949 (Goulet et Gagnon, 2014).

Le Collège participe en 1973 au débat relatif à la mise sur pied d'un régime d'assurance maladie universel conduit par la Commission Castonguay-Nepveu. Le Code des professions, loi-cadre adoptée par l'Assemblée nationale à la suite de ces discussions, entre en vigueur en 1974 et réglemente la pratique et l'exercice de la profession, ainsi que la formation continue et donne le mandat aux ordres professionnels de protéger le public (Dussault, 1978b, 1978c; Goulet et Gagnon, 2014).

La **formation** des médecins a longtemps été sous l'égide du Collège. Jusque dans le milieu du XIXe siècle, les étudiants se formaient par l'apprentissage auprès d'un médecin ou d'un chirurgien pendant 3 à 4 ans, passaient l'examen des bureaux d'examineurs qui délivraient, ou pas, le permis de pratique. Ils pouvaient ensuite prendre quelques cours privés ou encore aller en Europe (en Grande-Bretagne et en France notamment) pour parfaire leur formation ou passer leurs diplômes (Goulet et Gagnon, 2014).

Ce n'est qu'en 1823 qu'une première école de médecine dispensant un enseignement théorique jumelé à un enseignement pratique dans un établissement de santé voit le jour. Cette école devient en 1829 la première faculté de médecine, à l'université McGill, milieu anglophone, protestant et unilingue, où les diplômés n'ont pas besoin de passer l'examen du bureau des examinateurs. D'autres facultés de médecine ouvriront ensuite à l'Université de Montréal (1843), puis à l'Université Laval (1852), qui sera la première faculté de médecine francophone en Amérique, ensuite à l'université Bishop's (1871-1905), et enfin à l'Université de Sherbrooke (1966) (Goulet et Gagnon, 2014).

Les différentes lois médicales ont accru le contrôle de la profession de médecins en plus d'encadrer la profession, mais elles ont également déterminé les **conditions de formation** pour être admis comme praticien. Ainsi la *Loi médicale* de 1847 permet au Collège de déterminer, pour l'ensemble des écoles de médecine de la province, les normes d'admission aux facultés, la durée des études et les programmes d'enseignement dans les écoles et les facultés de médecine. La loi impose l'inscription à une faculté ou une école de médecine avec une formation complétée à l'hôpital (Goulet et Gagnon, 2014). Puis la *Loi médicale* de 1876 allonge la formation à 4 ans, abolit l'apprentissage et renforce les liens hôpitaux-facultés de médecine (Goulet et Gagnon, 2014). Ensuite, la formation passe de 4 à 5 ans avec la *Loi médicale* de 1909 qui « précise les matières d'examens, les modalités de ces examens, les préalables pour l'obtention de la licence et donne en détail la liste des cours obligatoires » (Goulet et Gagnon, 2014).

C'est seulement en 1970 que le Collège transfère la responsabilité des programmes de formation postdoctorale aux facultés de médecine qui travaillent avec des hôpitaux agréés alors que « [j]usqu'à-là, le candidat à l'internat ou aux spécialités devait s'inscrire directement à l'hôpital

agréé de son choix qui veillait à l'organisation de l'enseignement sous l'autorité du Collège » (Goulet et Gagnon, 2014, p. 332). En plus des aspects « cognitifs » et « psychomoteurs », les aspects « socio-affectifs de la pratique médicale tels que la relation patient-médecin (sympathie, tact, respect, intérêt pour leur famille, etc.), l'auto-évaluation, l'auto-enseignement, le respect des autres professionnels » sont considérés comme essentiels à la formation des médecins (Goulet et Gagnon, 2014, p. 332), tout comme dans les années 1980 le développement de compétences telles que « indépendance d'esprit, capacité de résoudre des problèmes, autonomie personnelle, sensibilité aux problèmes de la communauté, créativité et estime de soi » (Goulet et Gagnon, 2014, p. 338). Enfin, en 1998, certains examens de spécialité sont harmonisés avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ce qui a une influence sur la formation des médecins spécialistes d'abord, puis généralistes par la suite (Goulet et Gagnon, 2014). En effet, le Collège royal a élaboré un référentiel de compétences, CanMEDS (Frank et al., 2015), afin « [d']établir [...] des fondements généraux pour l'éducation médicale et la pratique au Canada » (Royal College, 2017) qui sera adopté en 1996 et mis à jour deux fois depuis. Cet outil est, selon le Royal College (2017), « devenu le référentiel de compétences des médecins le plus largement reconnu et adopté dans le monde ». En 2009, le Collège des médecins de famille du Canada a adopté une version adaptée du CanMEDS 2005 baptisée CanMEDS – MF qui « a pour but d'orienter le cursus et de guider la conception et l'agrément des programmes de résidence. [...], son but est d'améliorer les soins dispensés aux patients et de faire en sorte que les programmes de formation postdoctorale en médecine familiale tiennent compte des besoins sociétaux » (Collège des médecins de famille du Canada, 2017).

Milieu foncièrement masculin, les facultés de médecine ouvrent difficilement leurs portes aux femmes. Quand elles commencent à s'inscrire à Bishop's, seule faculté à l'époque qui les admet, elles ne seront que 12 diplômées entre 1892 et 1897 sur 19 inscrites et seront restreintes aux soins des femmes et des enfants dans leur pratique (Goulet et Gagnon, 2014). Les femmes n'arriveront massivement dans la profession qu'à partir des années 1970-1980 au Québec grâce à la création des cégeps qui offrent un enseignement en sciences permettant l'inscription aux facultés de médecine, mais également à la suite des « révolutions sociales et culturelles » dans la plupart des pays occidentaux durant les années 1960, autorisant enfin les femmes à prendre leur place dans la société. Comme le souligne Goulet et Gagnon (2014, p. 340), « leurs dossiers scolaires sont souvent supérieurs à ceux de leurs collègues masculins » et « l'année 1982 s'avère un tournant historique pour l'Université de Montréal alors que le nombre de femmes admises en médecine dépasse pour la première fois celui des hommes ». Le nombre de femmes médecin n'a cessé d'augmenter depuis lors et a dépassé en 2019 le nombre d'hommes médecins. En décembre 2020, selon le CMQ, 52,5%

des médecins au Québec (généralistes et spécialistes) sont des femmes (Collège des médecins du Québec, 2020b).

Aujourd'hui, la pratique de la médecine est encadrée par le Code des professions⁷⁸, la Loi médicale⁷⁹ et 45 règlements qui complètent ces lois comme par exemple le Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins⁸⁰, le Règlement sur la délivrance d'un permis et d'un certificat de spécialiste du Collège des médecins du Québec pour donner effet à l'arrangement conclu par l'Ordre en vertu de l'Entente entre le Québec et la France en matière de reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles⁸¹ ou encore le Code de déontologie des médecins⁸². De plus, la loi médicale permet d'établir la liste des activités réservées aux membres du Collège des médecins⁸³.

1.2. Études médicales et permis d'exercice au Québec

Au Québec, quatre universités dispensent la formation pour devenir médecin : McGill, l'Université de Montréal (UdM), l'Université Laval (UL) et l'Université de Sherbrooke (USH). Le parcours d'un futur médecin est composé de deux volets que nous avons schématisés dans la Figure 9.

⁷⁸ Publications du Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/C-26>

⁷⁹ Publications du Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/M-9>

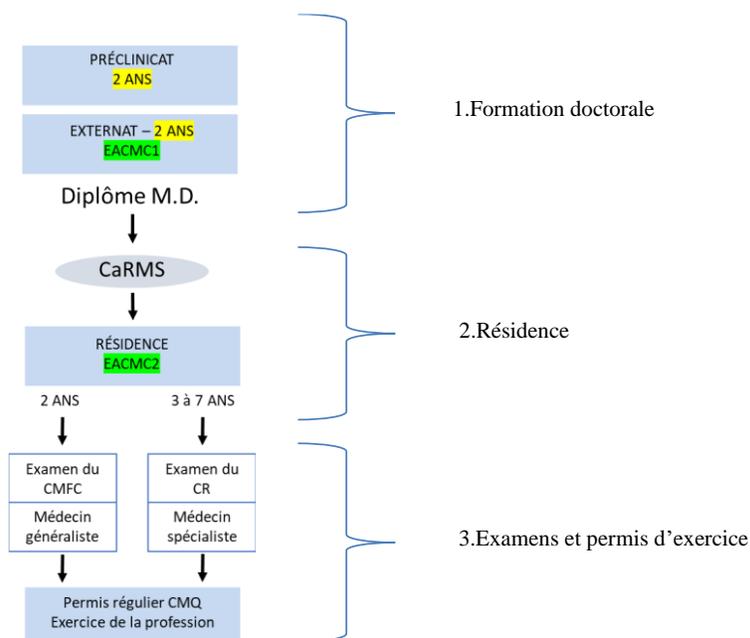
⁸⁰ Publications du Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2027.1/>

⁸¹ Publications du Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2020.2/>

⁸² Publications du Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017/>

⁸³ Publications du Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/M-9,%20r.%2017/>

Figure 9: Cheminement des études pour devenir médecin au Québec



1) Une formation doctorale, qui dure quatre ans à temps plein et mène au doctorat en médecine (M.D.). Les étudiants doivent au préalable s'inscrire au Collège des médecins (CMQ) afin d'obtenir un certificat d'immatriculation qui les autorisera à poser des actes médicaux lors de leur formation. Les deux premières années consistent en une formation préclinique (**préclinicat**) suivies de l'**externat**, sous forme de stages, pour les deux dernières années. Un examen *national* sanctionne cette période, l'Examen d'aptitude du Conseil Médical du Canada partie 1 (EACMC1), les étudiants reçoivent leur diplôme (M.D.), puis font leur choix de spécialisation : la médecine de famille ou bien une des 59 autres spécialités offertes.

2) La résidence. Ces études postdoctorales qui se déroulent essentiellement dans des établissements de santé durent deux ans pour devenir omnipraticien (ou médecin de famille) et de trois à sept ans pour les autres spécialités⁸⁴.

Pour être admissibles en résidence, les étudiants doivent avoir un doctorat en médecine d'une université canadienne ou américaine (ou un diplôme jugé équivalent par le Collège des médecins du Québec), maîtriser le français parlé et écrit, répondre aux exigences d'admission du Québec, de l'université où ils s'inscrivent et du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Les démarches d'inscription commencent avec une demande d'admission au CaRMS. Ce service

⁸⁴ Pour en savoir plus sur la liste des professions médicales reconnues au Québec et la durée des études pour chacune d'entre elles : <http://www.cmq.org/page/fr/specialites-reconnues-quebec.aspx>

procède au jumelage des candidats à la résidence avec une des 17 universités du Canada dans laquelle ils souhaitent faire leur résidence. Ils peuvent faire plusieurs choix, un algorithme procédera au jumelage en fonction des places disponibles, des critères d'admission et de sélection des universités dans chacune des provinces, ainsi que de l'ordre de préférence des candidats.

Pour connaître le nombre de places en résidence par université et par spécialité, il faut se rendre sur le site du CaRMS qui centralise l'information. Par exemple, pour le 1^{er} tour du jumelage 2020, il y avait 242 places de résidence offertes à l'Université Laval, 129 en médecine familiale et 113 réparties dans 22 autres spécialités⁸⁵.

La sélection par les universités se fait sur dossier (dossier étudiant incluant le relevé de notes, les fiches cliniques, un CV, une lettre de motivation) et avec des entrevues. Celles-ci, appelées mini entrevues multiples - MEM, ont pour objectif d'évaluer les « caractéristiques personnelles jugées nécessaires à la réussite du programme et à l'exercice de la médecine comme professionnel »⁸⁶ : la capacité à communiquer, à travailler en équipe, à exercer son jugement, relationnel et d'empathie, d'adaptation, d'autocritique, la conscience sociale, le sens des responsabilités, le leadership, l'ouverture d'esprit, l'intégrité et l'authenticité, l'équilibre de vie. L'évaluation est basée sur le référentiel de compétences CanMEDS pour les étudiants qui veulent devenir médecins spécialistes et CanMEDS – MF pour les étudiants qui veulent devenir médecins de famille. Les compétences nécessaires aux médecins pour exercer selon les normes établies par le Collège royal et le Collège des médecins de familles du Canada sont les suivantes (entre parenthèse les termes différents qui concernent les médecins de famille): le médecin doit être *professionnel*, *communicateur*, *collaborateur*, *leader (gestionnaire)*, *promoteur de la santé* et *érudit*, ce qui fait de lui un *expert médical (expert en médecine familiale)* (Frank et al., 2015; Tannenbaum et al., 2009).

Le jumelage du CaRMS se fait sur deux périodes. Au Québec⁸⁷, participent au premier tour des jumelages les étudiants qui répondent aux exigences d'admissibilité de base : être citoyen canadien ou résident permanent en règle, posséder un diplôme en médecine, ou l'obtenir avant le 1er juillet de l'année de jumelage, d'une faculté agréée par le Comité d'agrément des facultés de médecine du

⁸⁵ CaRMS. Descriptions de programme. Université Laval. Jumelage principal R-1 de 2020 - premier tour. Vue d'ensemble des quotas par Discipline. <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/descriptions-de-programmes-archive-premier-tour/>

⁸⁶ Présentation qui se retrouve sur les sites de chaque université dans la section concernant la demande d'admission (une exception en 2017 pour l'UL) : <https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/admission/>, <http://www.fmed.ulaval.ca/les-programmes-detudes/etudes-en-medecine/doctorat-de-1ercycle-en-medecine/admission/>, <https://medecine.umontreal.ca/etudes/doctorat-en-medecine/futurs-etudiants/lentrevue-de-selection/>, <https://www.usherbrooke.ca/doctorat-medecine/admission/questions-en-rafale/mem/>

⁸⁷ Cette recherche ne concernant que la province de Québec, les exigences en termes d'examens supplémentaires pour les candidats dans les autres provinces ne seront pas présentées.

Canada ou d'une faculté de médecine internationale inscrite à l'annuaire en ligne International Medical Education Directory (IMED), qui ne possède aucune formation postdoctorale antérieure en médecine au Canada ou aux États-Unis.

Au deuxième tour, se retrouvent les candidats n'ayant pas pu être jumelés au premier tour, les candidats ayant déjà fait une formation postdoctorale au Canada ou aux États-Unis et les candidats n'ayant pas fait de demande au premier tour.

Le Tableau 26 fait une synthèse des jumelages réalisés pour 2020, par facultés de la province de Québec. Nous présentons le nombre de candidats jumelés aux 1^{er} et au 2^e tours, ainsi que les non jumelés, par faculté d'obtention du diplôme. Sur 988 participants diplômés des quatre facultés de médecine du Québec aux deux tours de jumelage, 70 étudiants n'ont pas obtenu de place en résidence. Ces derniers pourront refaire une demande pour le jumelage de 2021. Ces données n'incluent pas les diplômés américains en médecine (DAM), ni les diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) qui sont comptabilisés à part. Nous présentons ces données plus loin dans ce chapitre. Les quatre universités du Québec accueillent presque le tiers des médecins résidents diplômés du Canada. Au Québec, c'est l'Université de Montréal qui a reçu le plus de participants au jumelage 2020.

On constate également dans le Tableau 26 que la majorité des jumelages est réalisé avec les étudiants de l'année en cours, dès le premier tour.

Tableau 26: Résultats de jumelage, au Québec, par faculté d'obtention du diplôme, 1er et 2e tour 2020

	Jumelés					Non jumelés					Total participants au jumelage 2020
	Diplômés 2020 1er tour	Diplômés 2020 2e tour	Diplômés années précédente 1er tour	Diplômés années précédente 2e tour	Total jumelages 2020	Diplômés 2020 1er tour	Diplômés 2020 2e tour	Diplômés années précédente 1er tour	Diplômés années précédente 2e tour	Total non jumelages 2020	
Université Laval	220	1	5	1	227	7	1	3	0	11	238
Université de Sherbrooke	185	5	1	0	191	10	2	1	5	18	209
Université de Montréal	292	3	15	2	312	15	2	4	2	23	335
Université McGill	167	5	13	3	188	10	2	3	3	18	206
Total université du Québec	864	14	34	6	918	42	7	11	10	70	988
Total demande de jumelage au Canada	2745	72	48	30	2895	137	25	13	31	206	3101

Source : CaRMS, Le Forum de CaRMS de 2020, <https://www.carms.ca/pdfs/2020-forum-de-carms.pdf>

Une fois les périodes de jumelage terminées, les candidats doivent prendre connaissance de la répartition des postes sur CaRMS, faire une demande de carte de stage auprès du CMQ, finaliser leur inscription en signant un contrat avec leur université d'accueil et payer les droits de scolarité.

3) À la fin de leurs études, les omnipraticiens doivent réussir l'examen terminal du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui leur délivre alors le **Certificat de médecins de**

famille. Les spécialistes obtiennent un **Certificat de spécialiste** mentionnant leur spécialité émis par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CR), tel que représenté dans la Figure 9.

Une fois leurs études terminées et leur certification obtenue, les omnipraticiens et les spécialistes qui veulent pratiquer au Québec doivent s'inscrire au Collège des médecins du Québec (CMQ), prouver leur maîtrise du français et suivre la formation ALDO-Québec⁸⁸ afin d'obtenir leur permis d'exercice, payer leur cotisation annuelle et ainsi avoir l'autorisation d'exercer leur profession et d'utiliser leur titre.

Pour pratiquer, ils doivent ensuite s'inscrire auprès de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ). En effet, au Québec, les médecins sont rémunérés par la RAMQ. Les conditions relatives à leur rémunération et à leurs conditions de travail sont définies par leurs représentants respectifs : la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Ces deux fédérations négocient et signent les ententes passées avec l'employeur, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les médecins qui veulent exercer une médecine privée doivent se désaffilier de la RAMQ. Ils sont une minorité au Québec ne comptant que 429 médecins non participants⁸⁹ sur 24 332 médecins inscrits selon les statistiques du Collège des médecins du Québec (2020a), soit 1,76% en 2020⁹⁰.

Les médecins au Québec exercent en établissement (Centre intégré universitaire en santé et services sociaux - CIUSSS ou Centre intégré en santé et services sociaux - CISSS), en cabinet ou au sein d'un regroupement de professionnels. Ils sont rémunérés soit à l'acte, soit sur un tarif horaire, soit les deux, ce que l'on appelle la rémunération mixte, en fonction de l'endroit où ils exercent. Ceux qui exercent en cabinet sont rémunérés à l'acte et ont un statut de travailleur autonome. Ils peuvent, depuis 2008, s'incorporer, avec l'accord du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

⁸⁸ Formation sur les Aspects Légaux, Déontologiques et Organisationnels de la pratique médicale. Toute l'information ALDO est regroupée sur un site internet : <http://aldo.cmq.org/>

⁸⁹ Médecins qui « exercent en dehors du cadre du régime d'assurance maladie. Ce sont les professionnels non participants ou désengagés. Leur statut est prévu dans la Loi sur l'assurance maladie. Les professionnels non participants refusent d'être rémunérés selon les tarifs prévus dans l'entente. Ils déterminent eux-mêmes leurs tarifs et n'acceptent pas la carte d'assurance maladie. » <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/professionnels-offrant-services-couverts>.

⁹⁰ Selon la Liste des professionnels de la santé non participants ou désengagés au régime de l'assurance maladie du Québec avec adresse de pratique au Québec disponible sur le site de la RAMQ et à jour au 16 juin 2020. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/facturation/desengages.pdf>

1.3. Portrait de la profession de médecin au Québec

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (Institut canadien d'information sur la santé, 2019), on dénombrait au Québec, au 31 décembre 2018, 20 878 médecins, répartis presque également entre les spécialistes (10 586) et les médecins de famille (10 292).

Tableau 27: Nombre de médecins au Québec, par origine de formation et par spécialité (2018)

Au Québec, nb médecins au Canada, par origine de formation (2018)															
	McGILL	%QC	UDM	%QC	UL	%QC	USH	%QC	Québec	%	Reste du Canada	%	Hors Canada	%	Total
Médecins de famille	631	7,16%	3 644	41,35%	2 776	31,50%	1 761	19,98%	8 812	89,41%	273	2,77%	771	7,82%	9 856
Médecins spécialistes	1 404	15,93%	3 104	35,21%	2 578	29,24%	1 730	19,62%	8 816	85,00%	485	4,68%	1 071	10,33%	10 372
Total	2 035	11,54%	6 748	38,28%	5 354	30,37%	3 491	19,80%	17 628	87,15%	758	3,75%	1 842	9,11%	20 228

Synthèse de l'auteure. Source : « Les médecins au Canada, 2018 » de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Nous constatons dans le Tableau 27 que 87,15% de ces médecins ont suivi leur formation dans une des quatre universités de la province, alors que 3,75% ont été formés dans une autre province canadienne et 9,11% sont diplômés de l'étranger. C'est l'Université de Montréal (UdM) qui forme le plus de médecins de la province (38,28%) suivie de l'Université Laval (UL) (30,37%). Ces deux universités assurent la formation de plus des 2/3 des médecins diplômés au Québec. L'Université de Sherbrooke (USH) et McGill forment le tiers restant.

Qu'ils soient spécialistes ou médecins de famille, un tiers des 22 128 médecins inscrits actifs au Collège des médecins en décembre 2020 se concentrent principalement à Montréal (7 395) et un peu plus du quart dans les régions alentours - Montérégie (2 897), Laurentides (1 097) Lanaudière (893), Laval (842). 11% d'entre eux exercent dans la Capitale-Nationale (2 511)⁹¹.

1.4. La profession de médecins au Québec : besoins et planification de la main-d'œuvre

L'analyse documentaire et les entrevues réalisées avec les acteurs nous ont permis d'avoir une idée assez claire du processus de **planification de la main-d'œuvre** par le MSSS en vue de répondre aux besoins de médecins dans la province et de la collaboration qui est établie entre les acteurs concernés, ainsi que la répartition du rôle de chacun d'entre eux. Il est important de noter que les DHCEU que nous avons rencontrés n'ont, pour la plupart, aucune idée de la façon dont la dotation de médecins se déroule au Québec, à part ceux qui sont dans le système et qui ont commencé un

⁹¹ Collège des médecins du Québec. Statistiques. Répartition des médecins selon la région administrative. Médecins inscrits au 31 décembre 2019. <http://www.cmq.org/statistiques/region.aspx?Lang=fr&an=2019>

processus d'externat ou de résidence. Plusieurs viennent de pays où les médecins ont l'opportunité égale d'exercer dans le privé ou dans le public, donc ils n'ont pas l'idée que c'est le MSSS l'employeur de quasiment tous les médecins de la province. Ils sont très surpris également qu'il y ait des spécialités saturées et que le nombre de place dans chacune des spécialités soient déterminées à l'avance et soit si limité. Comme l'explique le BCI, « *la médecine est quand même la discipline universitaire qui est probablement la plus réglementée par le gouvernement, c'est celle où le gouvernement s'insinue le plus si on compare au droit ou au génie ou à toutes sortes d'autres disciplines. [...] donc les 4 facultés de médecine doivent travailler ensemble pour s'assurer de respecter les règles gouvernementales en médecine et beaucoup plus que dans d'autres disciplines universitaires.* »

Au Québec, le nombre de places offertes en résidence pour les formations de généralistes et de spécialistes et les besoins de main-d'œuvre de l'effectif médical dans chacune des régions sont déterminés par le MSSS. Ce nombre est défini lors d'un processus de consultation des membres de la *Table de concertation permanente sur la planification de la main-d'œuvre de l'effectif médical au Québec*. Cette dernière est composée de plusieurs acteurs institutionnels : les quatre facultés de médecine du Québec, le Collège des médecins du Québec, les deux fédérations de médecins du Québec, le ministère de l'Immigration, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, la Fédération des médecins résidents du Québec et le BCI. Le MSSS souligne que c'est « une concertation avec [ses] partenaires. [Il] ne prend jamais des décisions comme ça tout seul. Vraiment, en concertation. Et avec les fédérations aussi là-dedans. Les fédérations des médecins omni, des médecins spécialistes également. »

Même si nos répondants parlent de concertation entre les acteurs autour de la table, ils soulignent que c'est le MSSS qui « gère » et « c'est ultimement le ministère qui prend la décision » (CMQ). À ce sujet, le Commissaire souligne que « les médecins c'est la seule profession où l'offre et la demande sont gérées » et que « [c]'est le seul ordre professionnel qui est comme ça. Alors donc c'est le pire exemple pour dire que c'est le Collège ou l'ordre professionnel qui est fermé. » Il souligne également que le Collège des médecins n'a aucun pouvoir dans ces décisions puisque « ce n'est pas lui qui détermine le nombre de personnes. » L'USH précise d'ailleurs qu'« [il] n'y a rien en profession médicale qui n'a pas un décret à quelque part. »

Certains mentionnent que tous les acteurs autour de la table ne sont pas toujours écoutés. Un de nos répondant, qui n'a pas voulu être identifié sur ce point, a parlé de « système quasi 'soviétique' entre guillemets » et les universités estiment que le MSSS ne prend pas suffisamment en considération l'évolution de la société et les changements dans les rythmes de vie et de travail des praticiens.

D'autres mentionnent le corporatisme qui peut prévaloir dans les discussions autour de la table ce qui produit des situations paradoxales « [o]n se bat pour des places supplémentaires dans les universités alors que, il y a du monde qui ne se trouve pas de place en résidence. C'est kafkaïen. » (MIFI) et soulignent la difficulté pour les DHCEU d'intégrer ce système dans lequel ils ne sont pas pris en compte, soit parce qu'ils ne sont pas comptés dans la planification au décret, soit parce qu'il y a une fermeture à intégrer les DHCEU dans les établissements pour faire leur résidence. Et ce n'est pas le Collège des médecins, qui est souvent accusé, notamment dans les médias, de corporatisme et de fermeture qui est mentionné par nos répondants à ce sujet, mais bien le MSSS et les fédérations de médecins.

Si la plupart des acteurs que nous avons rencontrés ne remettent pas en question les calculs du MSSS pour établir les besoins de médecins pour la province - « Ils ont des super beaux tableaux. Ce sont vraiment des tableaux actuariels qu'ils nous montrent sur le nombre global de médecins québécois qu'ils visent. Il y a certaines choses, à mon sens, qui sont moins pris des fois en compte mais ils essaient de tenir compte des départs à la retraite, du vieillissement de la population, différentes affaires » (USH) - le Commissaire est plus critique à l'encontre du MSSS. Il remet en question la méthodologie des calculs et la soi-disant concertation et insiste sur le fait que c'est la capacité de payer qui guide plutôt les choix du MSSS.

Là, le ministère de la Santé, a des tables de planification de main-d'œuvre dans différentes professions, infirmières, il y en a et tout et tout. Je ne suis pas sûr que l'analyse toujours valable ou adaptée ou je ne sais quoi. J'ai toujours un petit peu de difficultés avec les travaux qui se tiennent là. On se demande c'est quoi leur méthodologie. Les ordres professionnels ne sont pas toujours consultés alors qu'ils ont un regard sur le terrain tout aussi, ils ne sont peut-être pas dans la locomotive mais ils peuvent se mettre l'oreille sur le rail et donner un autre point de vue. [...] Alors le gouvernement a dit non non non. Moi ce que je considère être nos besoins c'est ça, en fait c'est sa capacité de payer plus que les besoins. C'est un peu une drôle de façon de la présenter, de dire que ça répond à nos besoins. Mais ce que l'on sait, et Recrutement santé le confirmera, ce que l'on sait c'est que la moitié des spécialités médicales sont considérées comme saturées au Québec. C'est-à-dire on n'en a plus besoin. En fait c'est parce qu'on a rempli ce qu'on est capable de payer. Dans la planification des effectifs médicaux qu'on est capables de se payer. (Commissaire)

À la suite des discussions de la Table, le MSSS publie chaque année à la Gazette Officielle du Québec son Décret sur *Les modalités de détermination du nombre de postes de résidents en médecine disponibles dans les programmes de formation médicale postdoctorale*. Tous les ans, ce sont autour de 900 inscriptions dans les facultés de médecine québécoises qui sont attendues dans le contingent régulier. Le MSSS établit également dans le décret la liste des professions en priorité de recrutement et la liste des spécialités à risque de saturation pour l'année à venir. Pour la période 2019-2020, le MSSS a prévu 505 postes en médecine familiale et 421 pour les autres spécialités,

soit 926 postes. En pleine pandémie de COVID-19, une communication du 22 mai 2020⁹² a annoncé une augmentation de 139 admissions pour les trois prochaines années pour mieux répondre aux besoins, notamment à cause du vieillissement de la population.

Il n'y a pas de places prévues spécifiquement pour les DHCEU dans le décret puisque lorsqu'ils font leur demande de jumelage CaRMS, ils sont en compétition avec tous les diplômés du Québec. En revanche, les quatre facultés de médecine peuvent offrir, selon le décret, en fonction des années et des disponibilités, une à trois places d'inscription à l'externat.

Deux de nos répondantes DHCEU ont tenté et réussi leur entrée à l'externat après plusieurs échecs dans d'autres voies : Andréa est retournée aux études et a été acceptée en externat à l'Université Laval, après avoir échoué dans le processus de permis restrictif puis aux examens du CMC pour avoir un permis régulier ; Manuella a réussi à entrer en externat après avoir réussi tous les examens du CMC mais échoué pour entrer en résidence. Une à trois places chaque année, c'est peu. C'est la mauvaise expérience qu'a vécue Sabrina qui a été refusée en externat à l'UdM et qui a décidé finalement de faire un retour aux études en nutrition.

En plus de planifier les effectifs à former dans les facultés de médecine, le MSSS établit chaque année les **besoins de main-d'œuvre** dans chacune des régions du Québec dans ses Plans régionaux d'effectifs médicaux⁹³ (PREM) afin de répartir le recrutement des médecins selon les besoins par établissements, par région et par spécialité. Selon le MSSS, le Québec vit une pénurie⁹⁴ de médecins dans certaines spécialités et dans certaines régions, le vieillissement de la population accroissant considérablement les besoins en soins de santé.

Même si le Ministère privilégie l'augmentation du nombre d'inscriptions dans les universités, il considère le recrutement de médecins formés à l'étranger « si ça respecte les exigences du Collège. Et si aussi, ça rentre dans les spécialités aussi à difficultés de recrutement chronique » (MSSS) et affiche sur le site de Recrutement Santé Québec (RSQ) une liste indicative des spécialités en

⁹² MSSS. Communiqué. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqué-2120/>

⁹³ « Le PREM est essentiellement constitué des plans d'effectifs médicaux par établissement (PEM) pour toutes les spécialités. Ce plan fixe des cibles réalistes d'objectifs de croissance et vise à favoriser le recrutement de médecins spécialistes dans les établissements connaissant une pénurie chronique de médecins spécialistes. »

<http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine-au-quebec/medecine-specialisee/prem/>

⁹⁴ Définition : « La littérature économique sur le sujet est assez vaste, mais pas toujours facile à décoder. Selon une étude du Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO) sur la [pénurie de travailleurs qualifiés](#), on parle de pénurie de main-d'œuvre lorsque la demande de travail excède l'offre. [...] Le Centre d'étude sur l'emploi et la technologie (CETECH), lui, [ajoute à cette définition](#) certaines conditions. Ainsi, on ne peut véritablement parler de pénurie que lorsqu'on observe « la présence de postes vacants qui perdurent et qui imposent à l'entreprise des pertes de production, en dépit du fait que la rémunération offerte et les autres conditions de travail correspondent à celles du marché » <http://iris-recherche.qc.ca/blogue/quest-ce-qu'une-penurie-de-main-doeuvre>

demande ouvertes pour le recrutement à l'étranger ⁹⁵. Même s'« [i]l y a d'autres spécialités qui ne font pas partie de ces spécialités » le MSSS « ne les [les DHCEU] bloque pas généralement quand on a une spécialité comme ça » parce que « [q]uand même, [le MSSS] donne la chance à ces candidats-là. » (MSSS)

Lors de notre visite du site d'Emploi-Québec au sujet de l'information du marché du travail (IMT) le 28 avril 2017, il était précisé que les établissements de santé de certaines régions éprouvaient des difficultés à recruter des médecins spécialistes (CNP3111) et des médecins de famille (CNP3112) pour deux raisons : l'éloignement des grands centres urbains et le fait qu'il n'y ait pas de facultés de médecine dans ces régions. Les régions où les deux professions se trouvaient les plus en demande étaient : l'Abitibi-Témiscamingue, le Bas-St-Laurent, la Capitale-Nationale, le Centre-du-Québec, la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, les Laurentides, la Montérégie et l'Outaouais⁹⁶. C'est toujours le cas pour ces régions, on peut le constater sur le site de RSQ qui affiche les offres d'emplois des établissements de santé de la province. D'ailleurs, on constate que dans l'édition 2018 de *l'État d'équilibre du marché du travail - Diagnostic pour 500 professions* (Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2019), neuf régions prévoient un déficit de spécialistes pour 2021 alors que l'on en comptait 16 pour les généralistes. Dans le dernier exercice paru en 2021, (Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Emploi-Québec, 2021), les régions prévoyant un déficit de spécialistes s'élèvent à 15 alors que le nombre de régions en déficit d'omnipraticiens n'a pas changé et demeure à 16. Donc, on observe un déficit de médecins dans quasiment toute la province.

Nos répondants dans les facultés nous ont partagé le peu d'attrait de régions éloignées comme l'Abitibi-Témiscamingue pour les finissants, qu'ils soient nés au Québec ou pas. Ce qui est surprenant car un de nos participants ayant fait sa résidence à Baie-Comeau a beaucoup apprécié son travail là-bas et a dû se conformer au PREM pour son premier emploi. Il a été accepté à Gatineau alors que s'il avait eu la possibilité, il serait resté sur la Côte-Nord. Le Commissaire confirme, lui, les propos des facultés, sans préciser s'il parle des diplômés nés au Québec seulement ou de tous les diplômés, DHCEU compris.

Il pourrait y avoir un emploi, parce qu'il y a des postes en région qui ne sont pas comblés. [...] il y a des postes en région qui ne sont pas comblés, et on a des diplômés là-dedans qui ne veulent pas y aller. Ils ne veulent pas aller là. Parce que, ils attendent leur tour pour le poste dans la grande ville. [...] Alors, il y en a des postes, il y a un surplus de diplômés, un surplus de médecins dans certains domaines, mais il pourrait

⁹⁵ MSSS. Recrutement Santé Québec. Besoins prioritaires. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/diplomes-internationaux/besoins-prioritaires/>

⁹⁶ Emploi-Québec, information sur le marché du travail.

http://imt.emploi-quebec.gouv.qc.ca/mtg/inter/noncache/contenu/asp/mtg121_rechrprofs_01.asp?lang=FRAN&Porte=1

être moins grand, si des gens avaient un petit peu plus d'ouverture d'esprit d'aller travailler en région. (Commissaire)

Par ailleurs, s'agissant du **recrutement international**, Emploi-Québec établit également, chaque année et en collaboration avec le MIFI, la liste des professions admissibles au traitement simplifié en immigration, en fonction du nombre d'emplois en demande et du taux de chômage dans la province. Cette liste est établie pour les employeurs qui n'arrivent pas à combler les postes disponibles dans leur organisation et qui veulent embaucher des immigrants. Les professions de médecin spécialiste (CNP 3111) et de médecin de famille (CNP 3112) font partie de cette liste⁹⁷. Lorsque nous avons demandé au MSSS s'il collabore avec le MTESS pour l'établissement de sa liste sur les professions en demande, la réponse du MSSS a été la suivante : « C'est une bonne question, un bon point. Non, le ministère ne travaille pas tout seul. Il travaille en collaboration avec le ministère que vous avez cité. Et d'ailleurs, il y a plein de spécialités avant qui nécessitent une étude du marché, une EIMT⁹⁸, ce qu'on appelle, une étude du marché de travail. » Cela ne répond pas tout à fait à la question mais nous comprenons qu'il s'agit là de recrutement international et d'offrir un permis restrictif. Comme nous le verrons plus loin, c'est une voie rapide pour un DHCEU pour exercer la profession de médecin au Québec, si l'on répond aux conditions s'y rattachant.

La présence dans cette liste de ces deux professions paraît tout de même surprenante quand on sait à quel point les démarches sont longues et compliquées pour un médecin étranger pour faire reconnaître ses diplômes et ses compétences afin d'obtenir son permis d'exercice au Québec et exercer sa profession (Bardai, 2010; Blain, 2016) dans un processus d'obtention d'un permis régulier et l'on peut se questionner sur le message que cela envoie aux candidats à l'immigration. Nous verrons plus loin que les candidatures possibles pour le parcours d'obtention d'un permis restrictif (délivré par le CMQ) accompagnant le CAQ (délivré par le MIFI) et le permis de travail temporaire (délivré par IRCC) lors du processus de recrutement international (parfois chapeauté par RSQ) sont assez restreintes car liées à des critères très précis.

Dans cette première partie nous avons exposé le contexte historique de la création du Collège des médecins et comment, à travers les années depuis la fin du XVIIIe siècle, celui-ci a pratiqué, et

⁹⁷ MIFI. Liste des professions admissibles au traitement simplifié. <https://www.quebec.ca/emploi/embauche-et-gestion-de-personnel/recruter/embaucher-immigrant/embaucher-travailleur-etranger-temporaire/traitement-simplifie/liste-professions-admissibles>

⁹⁸ Étude d'impact sur le marché du travail (EIMT). C'est un document que le gouvernement fédéral peut demander à un employeur de compléter lors d'une démarche de recrutement international. Des critères très précis, des délais et des frais sont attachés au document. Pour plus d'information, on peut consulter les sites du MIFI et de IRCC.

continue de pratiquer, un contrôle sur l'exercice de la profession de médecin au Québec en s'assurant des compétences de ses membres pour répondre au mandat de protection du public enchâssé dans le Code des professions. Le contrôle de la formation, une prérogative du Collège pendant plusieurs décennies, est maintenant entre les mains des facultés de médecine où le processus de formation se décline en trois temps. D'abord, une formation universitaire doctorale de quatre ans est sanctionnée par un examen national et le diplôme MD qui ouvre la voie à la résidence dans un deuxième temps, qui dure, selon la spécialité choisie, entre deux et sept ans. À l'issue de la résidence, les futurs médecins passent un examen administré soit par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour les généralistes, soit par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CR) pour les spécialistes. Enfin, après avoir répondu aux conditions d'admission du Collège des médecins du Québec, les nouveaux professionnels reçoivent leur permis d'exercice.

On dénombre au Québec en 2020 plus de 22 000 médecins, répartis presque également entre spécialistes et généralistes. Le recrutement de ces professionnels ne fonctionne pas dans un marché du travail ouvert. En effet, l'exercice de planification de la main-d'œuvre est conduit par le MSSS pour la profession de médecins au Québec, depuis le nombre de places offertes pour leur formation, par spécialité, chaque année, dans les facultés de médecine jusqu'à leur déploiement dans la province en fonction des besoins par établissement de santé. Nous avons fait état également de l'absence de prise en compte des DHCEU dans cette planification. Cependant, pour tenter de combler les postes vacants en régions par les médecins formés au Québec, le MSSS favorise le recrutement à l'international de médecins diplômés hors Canada et États-Unis.

Qu'ils viennent au Québec comme résidents permanents ou dans un processus de recrutement international, les médecins immigrants doivent faire reconnaître leurs compétences pour recevoir un permis d'exercice du CMQ et exercer leur profession au Québec. Dans la deuxième partie du chapitre, nous traiterons donc du parcours institutionnel de reconnaissance des compétences des médecins immigrants.

2. Les médecins diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) : parcours institutionnels de reconnaissance des compétences professionnelles

Avant de détailler les parcours institutionnels des DHCEU au Québec, nous proposons dans un premier temps de brosser le portrait des médecins immigrants au Québec. Ainsi, dans une première section, nous nous attardons sur les DHCEU admis au Québec comme résidents permanents et arrivés entre 2008 et 2018 selon le pays de provenance, l'âge ou en encore le genre. Ensuite, nous dévoilons la répartition des DHCEU exerçant dans la province et nous établissons une comparaison interprovinciale du poids des médecins immigrants au Canada. Nous terminons la section en exposant les caractéristiques des DHCEU recrutés à l'international.

Nous nous attardons ensuite, dans une deuxième section, sur les différentes voies prévues par les acteurs institutionnels pour la reconnaissance des compétences professionnelles des DHCEU en vue de l'obtention d'un permis d'exercice délivré par le CMQ.

2.1. Portrait des médecins immigrants au Québec

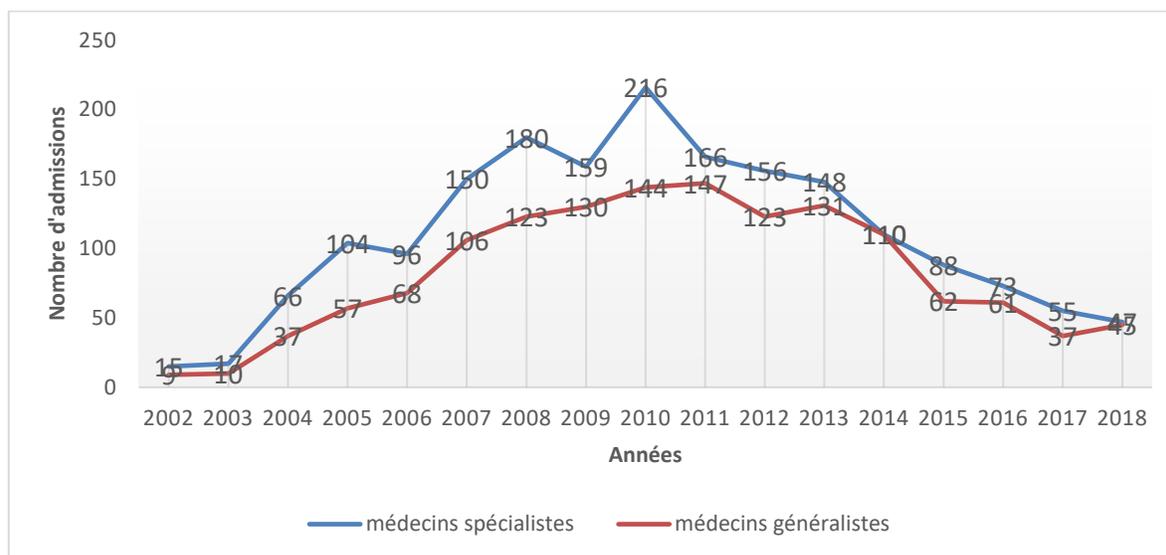
Durant les années 1990 et au début des années 2000, le nombre de DHCEU admis au Québec était très faible : entre 11 et 27 DHCEU par an, spécialistes et généralistes confondus (Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion, 2014). Ce n'est qu'à partir de 2004 que leur nombre a considérablement augmenté chaque année pour atteindre un plafond de 303 DHCEU en 2008 comme le montre la Figure 10. Depuis, leur nombre n'a cessé de diminuer chaque année pour revenir en 2018 à un niveau inférieur à celui de 2004. La subite hausse de 2004 pourrait s'expliquer par le fait que la profession de médecin est devenue admissible à l'immigration en 2002⁹⁹. La forme de la courbe du nombre d'admission pourrait être un effet des grilles de sélection et des points octroyés pour le domaine de formation. En effet, les grilles de sélection du ministère de l'immigration québécois de 2003 et 2006¹⁰⁰ octroyaient des points à la profession de médecin et l'on constate que le nombre d'admission a augmenté de façon continue jusqu'en 2010. Depuis

⁹⁹ Rappel. Nous avons vu dans le premier chapitre que le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration a publié le 24 octobre 2002 une note sur les procédures d'immigration qui explique que « En raison de la pénurie actuelle touchant les emplois liés au domaine de la santé et pour faciliter l'accès aux corporations professionnelles de la clientèle immigrante, les professions de médecins spécialistes (CNP 3111) et d'omnipraticiens et médecins en médecine familiale (CNP 3112) sont retirées de la Liste des professions inadmissibles. » http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/gpi-npi/npi_2002/npi2002-007.pdf

¹⁰⁰ Nous présentons en détail les grilles de sélection dans la troisième section de ce chapitre.

2009, les grilles de sélection successives n'accordent plus aucun point pour la profession et le nombre de DHCEU admis depuis 2012 diminue année après année.

Figure 10: Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec entre 2008 et 2018



Source : ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021) Compilation selon demande de l'auteure.

Il est intéressant de noter dans les statistiques que le MIFI nous a transmises (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021b) que les personnes admises en 2008 déclarant être médecin généraliste représentaient 11,1% des professions hospitalières, alors qu'elles ne sont plus que 4% en 2018. Pour les spécialistes, la baisse est importante également, ils sont passés de 12,9% en 2008 à 3,4% en 2018. Le pourcentage de personnes déclarant une profession hospitalière, s'il a fluctué durant la même période entre 11% en 2012 et 7,6% en 2015, est assez stable puisqu'il était de 8,1% en 2008 et de 7,9% en 2018.

Dans le Tableau 28 qui dresse la liste des médecins généralistes et spécialistes admis au Québec par pays de naissance, nous constatons que c'est l'Algérie qui compte le plus de ressortissants avec près de 20% des généralistes et 12,5% des spécialistes. Sur les 10 premiers pays de naissance des généralistes admis au Québec entre 2008 et 2018, sept sont des pays où l'on parle et étudie en français alors que ce sont dans seulement cinq pays d'origine des spécialistes.

Tableau 28: Travailleurs qualifiés admis, profession médecins généralistes et spécialistes, au Québec, 2008 à 2018, par pays de naissance

Médecin généraliste (3112)			Médecin spécialiste (3111)		
	n	%		n	%
Algérie	222	19,9	Algérie	175	12,5
Haïti	77	6,9	Égypte	134	9,6
Iran	72	6,5	France	108	7,7
Égypte	66	5,9	Liban	90	6,4
Cameroun	64	5,8	Moldova	65	4,6
tép. dém. du Congo	56	5,0	Ukraine	58	4,1
Maroc	45	4,0	Haïti	55	3,9
France	45	4,0	Iran	50	3,6
Côte d'Ivoire	37	3,3	Maroc	49	3,5
Moldova	34	3,1	Syrie	49	3,5
Colombie	31	2,8	Colombie	48	3,4
Syrie	24	2,2	Brésil	48	3,4
Guinée	24	2,2	Cameroun	34	2,4
Bénin	23	2,1	Arabie saoudite	33	2,4
Tunisie	18	1,6	Chine	30	2,1
Russie	16	1,4	Tunisie	28	2,0
Roumanie	16	1,4	Russie	27	1,9
Liban	15	1,3	Rép. dém. du Congo	22	1,6
Ukraine	14	1,3	Mexique	19	1,4
Mexique	13	1,2	Côte d'Ivoire	19	1,4
Autres	201	18,1	Autres	257	18,4
Total	1113,0	100	Total	1398,0	100

Source : ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021) Compilation selon demande de l'auteure.

Nous avons constaté également que les hommes sont majoritairement représentés parmi les médecins généralistes (59,6%) et spécialistes (62,5%) admis au Québec entre 2008 et 2018 (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021b).

De plus, les médecins généralistes admis entre 2008 et 2018 sont plus jeunes que les spécialistes comme le montre les chiffres du Tableau 29. Ils se répartissent presque également entre la tranche des 15-34 ans et celle des 35-44 ans, alors que les spécialistes sont presque pour moitié (48,8%) dans la tranche des 35-44 ans. Ils sont également plus nombreux dans la tranche des 45-54 ans.

Tableau 29: Caractéristiques des travailleurs qualifiés admis, profession médecins généralistes et spécialistes, au Québec, 2008 à 2018, par âge à l'admission

	Médecin généraliste (3112)		Médecin spécialiste (3111)		Total	
	n	%	n	%	n	%
15-34 ans	509	45,7	437,0	31,3	134 622	62,6
35-44 ans	484	43,5	682,0	48,8	69 637	32,4
45-54 ans	106	9,5	241,0	17,2	9 302	4,3
55 ans et plus	14	1,3	38,0	2,7	1 460	0,7
Total	1 113	100,0	1398,0	100,0	215 021	100,0

Source : Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021) Compilation selon demande de l'auteure.

Les DHCEU qui ont réussi à faire reconnaître leurs compétences et obtenu leur permis d'exercice exercent dans toute la province.

Le Tableau 30 expose la répartition des DHCEU exerçant leur spécialité selon la région. Le plus haut pourcentage de DHCEU se trouve à Montréal pour les médecins de famille, suivi de l'Outaouais (13,90%) et de l'Abitibi-Témiscamingue (10,43%). Les DHCEU spécialistes représentent 16% en Outaouais, 15,8% en Abitibi-Témiscamingue, devant Montréal (14,9%).

Nous notons que le pourcentage de DHCEU, médecins de famille et généralistes, est plus important dans des régions comme l'Abitibi-Témiscamingue et l'Outaouais qui ne sont pas des régions qui reçoivent beaucoup d'immigrants (selon le MIFI, 75% de ceux qui sont arrivés entre 2008 et 2018 avaient prévu de s'installer à Montréal). Comme nous l'avons vu précédemment, ce ne sont pas des régions vers lesquelles les nouveaux médecins diplômés se dirigent naturellement, ce sont des régions peu attractives, ces derniers préférant rester à Montréal et dans sa région. RSQ affiche des besoins importants de médecins dans ces régions. D'ailleurs, nos répondants acceptés en résidence l'ont été en régions : Andres à Gatineau, Lina à Trois-Pistoles et Eya à Québec.

Tableau 30: Pourcentage de médecins diplômés hors Québec, par spécialité, par région sanitaire (2018)

Région sanitaire	Nombre total de médecins au Québec en 2018	Médecins de famille		Spécialistes	
		Pourcentage de DHCEU 2018	Pourcentage de médecins formés au Canada, 2018	Pourcentage de DHCEU 2018	Pourcentage de médecins formés au Canada, 2018
Canada	45 493	29,93%	70,1 %	22,7 %	77,3 %
Québec (province)	10 292	7,82%	92,2 %	10,3 %	89,7 %
Bas-Saint-Laurent	290	1,09%	98,9 %	6,9 %	93,1 %
Saguenay-Lac-Saint-Jean	395	1,29%	98,7 %	3,1 %	96,9 %
Capitale-Nationale	1 108	2,59%	97,4 %	3,7 %	96,3 %
Mauricie et Centre-du-Québec	624	3,48%	96,5 %	5,0 %	95,0 %
Estrie	627	2,76%	97,2 %	10,6 %	89,4 %
Montréal	2 612	17,17%	82,8 %	14,9 %	85,1 %
Outaouais	447	13,90%	86,1 %	16,0 %	84,0 %
Abitibi-Témiscamingue	223	10,43%	89,6 %	15,8 %	84,2 %
Côte-Nord	162	5,23%	94,8 %	6,1 %	93,9 %
Nord-du-Québec	35	2,86%	97,1 %	14,3 %	85,7 %
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	199	2,66%	97,3 %	11,4 %	88,6 %
Chaudière-Appalaches	457	2,03%	98,0 %	1,6 %	98,4 %
Laval	432	8,27%	91,7 %	7,6 %	92,4 %
Lanaudière	510	4,23%	95,8 %	7,6 %	92,4 %
Laurentides	658	3,02%	97,0 %	7,1 %	92,9 %
Montérégie	1 407	6,77%	93,2 %	9,1 %	90,9 %
Nunavik	38	8,82%	91,2 %	0,0 %	100,0 %
Terres-Cries-de-la-Baie-James	50	4,35%	95,7 %	0,0 %	100,0 %
Inconnue	18	0,00%	100,0 %	0,0 %	100,0 %

Calcul de l'auteure. Source : ICIS « Médecins au Canada 2018 », Extractions du tableau Québec – régions sanitaire.

Nous continuons ce rapide portrait avec la comparaison interprovinciale du pourcentage de médecins formés à l'étranger. Le Tableau 31 montre que le Québec est la province canadienne qui

compte le plus faible pourcentage de médecins de famille formés à l'étranger (7,8%), très en-dessous de la moyenne canadienne (30,7%) et très loin derrière la Saskatchewan qui compte 63,7% de médecins de famille formés à l'étranger. La situation est la même concernant les spécialistes, le Québec est la province où l'on compte le plus bas taux de spécialistes (9,4%) formés à l'étranger. Seul le Yukon fait moins bien avec 7,1%, ce qui est en-dessous de la moyenne canadienne (22,1%) et loin derrière la Saskatchewan où les spécialistes formés à l'étranger représentent 33,8% des spécialistes de la province.

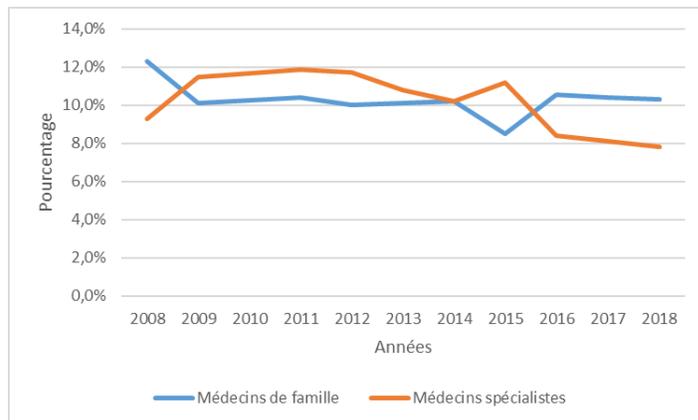
Tableau 31: Proportion de médecins selon la catégorie de médecin et le lieu du doctorat en médecine, par province ou territoire, Canada, 2020

	Médecins de famille			Médecins spécialistes	
	Formés au Canada	Formés à l'étranger - 2020		Formés au Canada	Formés à l'étranger 2020
Sask.	38,5 %	63,7 %	Sask.	66,2 %	33,8 %
Man.	57,4 %	44,3 %	T.N.-O.	66,7 %	33,3 %
Alb.	57,4 %	43,2 %	N.-B.	67,5 %	32,5 %
C.-B.	64,4 %	39,6 %	T.-N.-L.	68,7 %	31,3 %
T.-N.-L.	64,6 %	35,2 %	N.-É.	72,4 %	27,6 %
Ont.	66,2 %	33,0 %	Alb.	73,7 %	26,3 %
Canada	69,9 %	30,7 %	Ont.	74,2 %	25,8 %
N.-É.	69,9 %	29,9 %	C.-B.	74,7 %	25,3 %
Yn	78,9 %	25,7 %	Î.-P.-É.	76,3 %	23,7 %
T.N.-O.	80,0 %	25,0 %	Canada	77,9 %	22,1 %
Nun.	81,0 %	22,2 %	Man.	79,4 %	20,6 %
N.-B.	82,0 %	18,0 %	Qc	90,6 %	9,4 %
Î.-P.-É.	88,1 %	9,0 %	Yn	92,9 %	7,1 %
Qc	92,0 %	7,8 %	Nun.	100,0 %	0,0 %

Compilation de l'auteure. Source : ICIS-CIHI (2021) « Médecins au Canada 2020 »

Il est également intéressant de noter à la Figure 11 que de 2008 à 2018, la proportion de DHCEU exerçant au Québec a diminué. Nous pouvons nous demander si cette baisse est en lien avec le fait que moins de DHCEU soient admis au Québec depuis 2010-2011, et donc moins de DHCEU se lanceraient dans le processus de reconnaissance de leurs compétences.

Figure 11 : Proportion de DHCEU exerçant au Québec entre 2008 et 2018

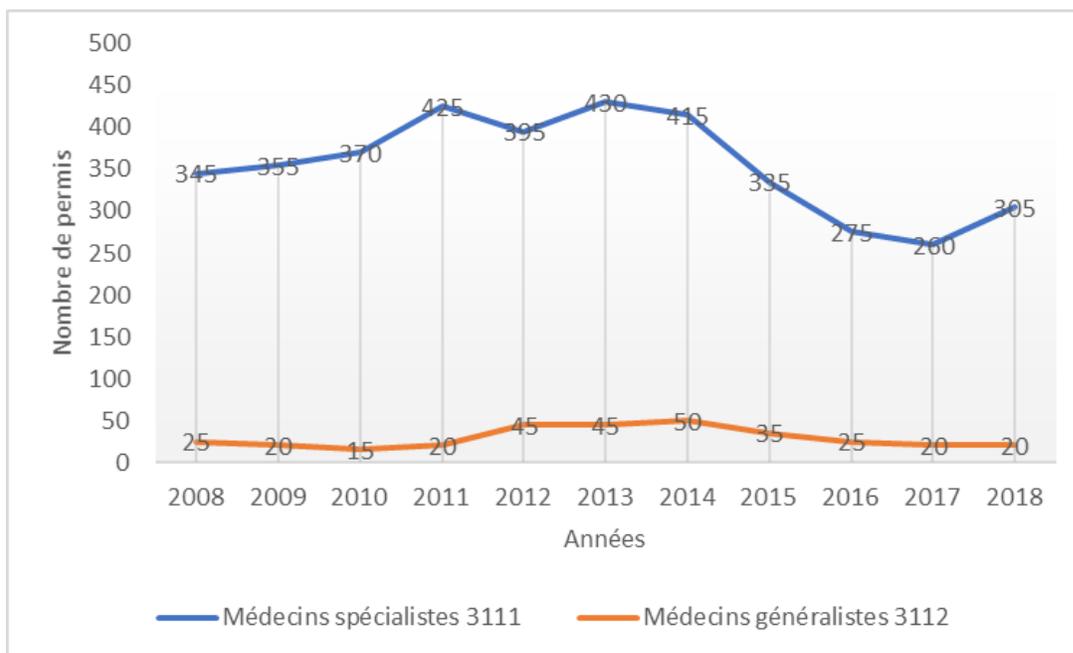


Compilation de l'auteure. Source : ICIS-CIHI (2021) « Médecins au Canada 2020 »

Nous brossons maintenant un portrait du nombre de permis de travail octroyés à des DHCEU. Les données que nous présentons concernent les DHCEU admis dans le cadre du PTET et du PMI. Comme il s'agit du nombre de permis émis, nous ne pouvons additionner les résultats annuels pour en faire un total de DHCEU, mais seulement de permis. Ainsi, une même personne peut rester sur le territoire québécois plusieurs années en renouvelant son permis de travail. Donc plusieurs permis peuvent être émis pour une seule et même personne durant la période qui nous intéresse.

La Figure 12 montre que le Canada délivre 10 à 25 fois plus de permis de spécialistes que de généralistes selon les années. Comme le permis est émis à la suite de la demande d'un employeur qui désire embaucher un travailleur, cela signifie que les établissements de santé du Québec ont davantage recours aux permis temporaires pour recruter des médecins spécialistes à l'international.

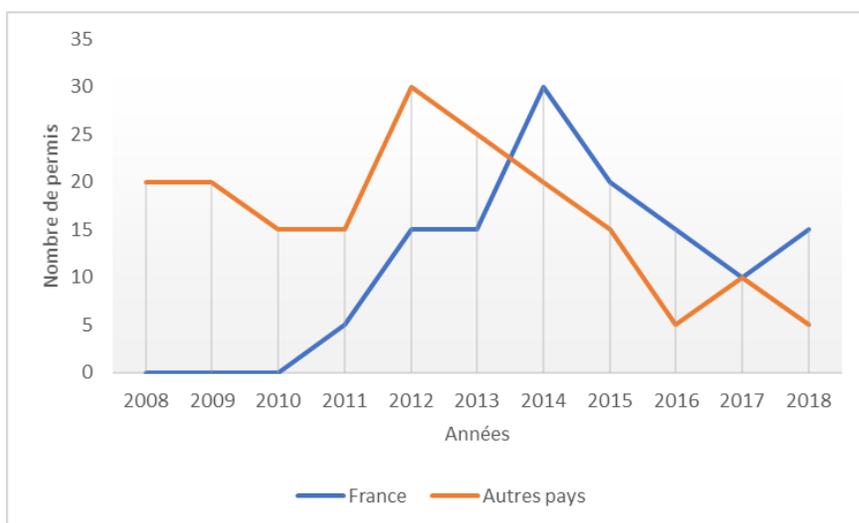
Figure 12: Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, selon le programme PTET ou PMI, médecins généralistes et spécialistes, au Québec, permis émis de 2008 à 2018



Source : Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021) Compilation selon demande de l'auteure.

Les pays d'origine des généralistes et des spécialistes titulaires d'un permis de travail sont très différents comme nous le constatons dans la Figure 13 et la Figure 14.

Figure 13: Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, selon le programme PTET ou PMI, médecins généralistes, selon les principaux pays de naissance, au Québec, permis émis de 2008 à 2018

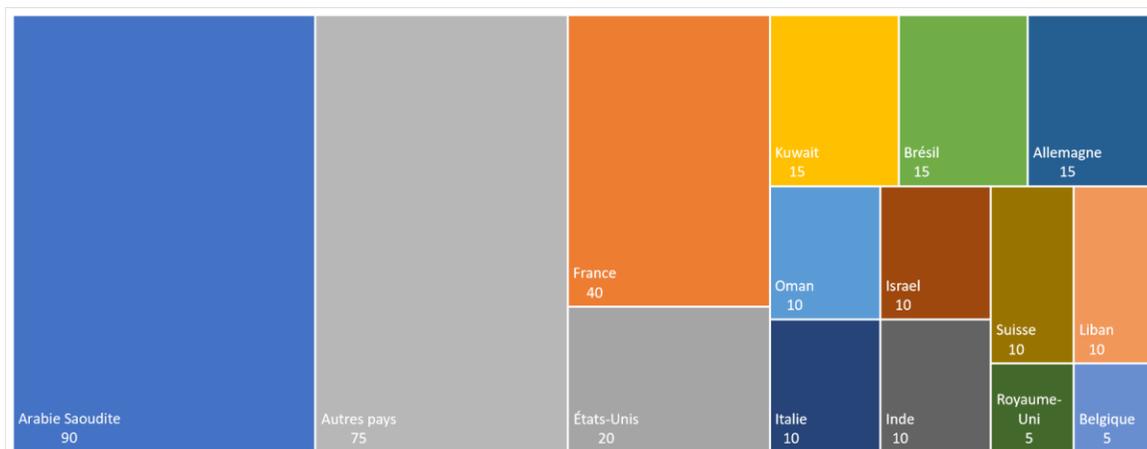


Source : Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021) Compilation selon demande de l'auteure.

Pratiquement la moitié des permis ont été émis à des ressortissants français venus certainement dans le cadre de l'ARM en vigueur depuis 2011.

Alors que pour les spécialistes, plus du tiers des permis ont été émis pour des personnes qui viennent des pays du Golfe (29% Arabie Saoudite, 4% Oman, 4% Koweït) et 16% seulement sont originaires de France.

Figure 14: Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, selon le programme PTET ou PMI, médecins spécialistes, selon les principaux pays de naissance, au Québec, permis émis de 2008 à 2018



Source : ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021) Compilation selon demande de l'auteure.

Maintenant que nous avons présenté le portrait des DHCEU arrivés au Québec entre 2008 et 2018, nous allons expliquer, dans la prochaine partie, quels sont les différents parcours institutionnels de la reconnaissance des compétences professionnelles des DHCEU en fonction de leur statut migratoire.

2.2. DHCEU : les différents parcours institutionnels de la reconnaissance des diplômes et des compétences pour l'obtention d'un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec

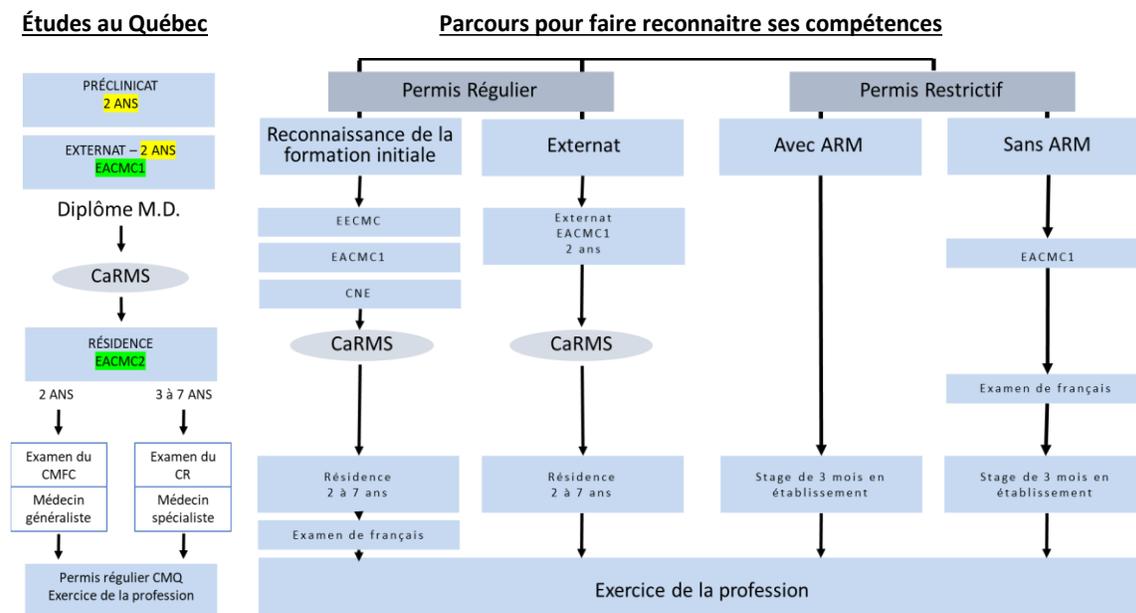
Pour comprendre le processus de reconnaissance des diplômes et d'évaluation des compétences des DHCEU et identifier les acteurs devant se coordonner dans ce processus, nous avons réalisé la Figure 15 à partir de l'analyse des données disponibles sur les sites de ces acteurs et des entrevues. Ce schéma fait la synthèse des parcours institutionnels possibles pour l'obtention d'un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec de deux types de diplômés en médecine : les diplômés du Québec (DQ) et les diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU). Nous avons représenté les parcours côte-à-côte pour pouvoir les comparer.

Comme nous l'avons décrit précédemment, les diplômés du Québec suivent des études doctorales de quatre ans (Préclinique + Externat) et passent l'examen d'aptitude du CMC partie 1 (EACMC1). Ils obtiennent leur diplôme MD à la fin de ces quatre années. Ensuite, ils s'inscrivent au CaRMS pour entrer en résidence. Ils choisissent leur spécialité qui peut durer deux ans pour être médecin de famille et de 3 à 7 ans pour être spécialiste. Ils passent durant la première année de résidence

l'examen d'aptitude du CMC partie 2 (EACMC2). La fin de leur formation est sanctionnée par l'examen du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) pour les généralistes ou l'examen du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CR) pour les spécialistes. Finalement, ils doivent faire la formation ALDO du CMQ pour s'inscrire à l'ordre et obtenir un permis d'exercice régulier du CMQ. Ce parcours en deux temps dure ainsi de six à 11 ans.

On constat dans la Figure 15 que les DHCEU ont **trois voies** pour faire reconnaître leur formation et leurs compétences avant de pouvoir recevoir un permis d'exercice du CMQ : deux voies vers un permis d'exercice régulier et une voie vers un permis d'exercice restrictif. La voie du permis d'exercice restrictif se divise elle-même en deux selon que l'on bénéficie d'un ARM (diplômés de France) ou pas. Nous allons détailler chacune des voies.

Figure 15: Parcours institutionnels pour l'obtention d'un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec.



CaRMS : Service canadien de jumelage des résidents EACMC2 : Examen d'aptitude du CMC, partie 2
 ECCMC : Examen d'évaluation du CMC CNE : Collaboration nationale en matière d'évaluation
 EACMC1 : Examen d'aptitude du CMC, partie 1 ARM : Arrangement de reconnaissance mutuelle

Synthèse de l'auteure. Sources : Collège des médecins du Québec (CMQ), Office québécois de la langue française (OQLF), Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CR), Conseil médical du Canada (CMC), Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et étude empirique

D'abord, **la voie de l'externat** est celle d'un retour aux études au niveau de l'Externat. Nous avons vu précédemment que chaque faculté du Québec, en vertu du décret du MSSS, dispose de 1 à 3 places par an pour des DHCEU qui veulent prendre cette voie. Ils font deux ans d'externat,

obtiennent le diplôme MD puis suivent la même voie que les DQ. Ce parcours dure quatre à neuf ans.

Ensuite, **la voie du processus de reconnaissance de la formation initiale** est plus complexe. Les DHCEU commencent par faire vérifier l'authenticité de leurs diplômes qui doivent avoir été obtenus dans une faculté de médecine reconnue par l'OMS. Pendant ce temps, ils peuvent commencer à passer les examens nécessaires à la reconnaissance de leurs compétences : l'examen d'évaluation du CMC¹⁰¹ (qui se donne deux fois par an), l'EACMC partie 1 (qui se donne deux fois par an), l'ÉCOS du CMQ et l'EACMC partie 2 (celui-ci n'est pas obligatoire). Quand les diplômes sont validés et les examens réussis, les DHCEU reçoivent l'équivalence d'un diplôme MD par le Collège des médecins. Ensuite, comme les DQ, ils doivent faire leur demande d'admission au CaRMS pour pouvoir faire une résidence obligatoire, soit en médecine de famille, soit dans une des spécialités offertes. Pour que leur dossier d'entrée en résidence soit considéré, ils devront avoir réussi le test de français international (TFI) et pour l'obtention de leur permis d'exercice il leur faudra réussir l'examen de français de l'OQLF. Si les DHCEU n'arrivent pas à entrer en résidence, ils ont la possibilité, selon certaines conditions, de participer au programme du CÉDIS qui, s'ils réussissent, peut les aider à entrer ensuite en résidence. Enfin, ils devront faire, comme les autres, la formation ALDO et s'inscrire à l'Ordre pour l'obtention d'un permis régulier. Il est difficile de donner une durée précise pour cette voie car beaucoup de facteurs entrent en ligne de compte, notamment le nombre de reprise d'examen et le temps consacré à leur préparation. Pour nos répondants, cela a varié considérablement d'une personne à une autre. Nous verrons par la suite que ce laps de temps est important pour la réussite ou l'exclusion du parcours.

Finalement, **la voie du permis restrictif** est très différente et beaucoup plus rapide. Elle s'adresse à deux types de DHCEU : ceux qui ont fait leurs études en France et qui bénéficient de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) signé entre la France et le Québec et mis en œuvre en 2010 et ceux qui ne peuvent pas bénéficier de cet ARM. Un DHCEU qui bénéficie d'un ARM et qui répond à tous les critères liés à l'ARM devra simplement faire un stage d'acclimatation de trois mois dans un établissement de santé au Québec puis, à la condition d'avoir réussi l'évaluation de son stage, recevra un permis d'exercice restrictif du CMQ pour exercer dans un autre établissement que celui où il a fait son stage. Il participe ensuite à la formation ALDO dans l'année qui suit l'obtention du permis restrictif. Il pourra prétendre à un permis régulier après deux ans d'exercice et la réussite de l'examen final de spécialité, ou bien après cinq ans d'exercice, sans

¹⁰¹ Cet examen a été supprimé depuis 2019. Nous l'avons conservé dans les résultats car nos répondants sont arrivés entre 2008 et 2018, donc la plupart d'entre eux l'ont passé.

examen. Les DHCEU qui ne bénéficient pas d'un ARM doivent réussir l'EACMC partie 1, l'examen de français de l'OQLF et un stage de trois mois. Ensuite, la procédure est la même que celle du DHCEU bénéficiant d'un ARM.

Certains des DHCEU qui ont participé à notre recherche connaissaient très mal ces processus soit parce qu'ils étaient mal ou peu renseignés, soit parce qu'ils n'avaient pas réussi à comprendre toutes les subtilités des processus. Plusieurs ont mentionné que c'était compliqué de tout comprendre, que toute l'information n'était pas disponible sur les sites internet, qu'elle est éparse, qu'elle devrait être disponible dans un seul et même endroit et que c'est extrêmement long et coûteux comme processus sans que personne ne le mentionne nulle part. Les acteurs concernés eux, en revanche, estiment que l'information est disponible, claire et concise.

Pour conclure cette section sur les parcours institutionnels, nous présentons les chiffres d'admission au CaRMS des DHCEU. À la différence des autres provinces du Canada, le Québec ne prévoit pas de quota de places pour les DHCEU au 1^{er} tour de jumelage CaRMS. Les DHCEU postulent dans un mode compétitif avec les autres diplômés du Canada au premier tour, alors qu'ailleurs, les DHCEU sont en compétition entre eux dans un bloc à part. Au 2^e tour, les DHCEU postulent sur un mode compétitif dans presque toutes les provinces, sauf l'Ontario, l'Alberta et sur certaines spécialités au Manitoba¹⁰².

En 2020, selon les données statistiques du CaRMS présentées dans le Tableau 32, 418 DHCEU ont été jumelés alors que 1510 devront tenter leur chance l'année suivante. On peut aussi constater que, à l'inverse des diplômés du Québec, ce sont les diplômés des années précédentes qui sont plus nombreux à être jumelés. Ce sont des personnes qui posent leur candidature pour la deuxième ou la troisième fois. Si 93% des diplômés du Québec sont jumelés chaque année, les DHCEU ne sont que 22%.

Tableau 32: Résultats de jumelage, au Québec, pour les étudiants formés à l'étranger, 1er et 2e tour 2020

	Jumelés					Non jumelés					Total participants au jumelage 2020
	Diplômés 2020 1er tour	Diplômés 2020 2e tour	Diplômés années précédentes 1er tour	Diplômés années précédentes 2e tour	Total jumelages 2020	Diplômés 2020 1er tour	Diplômés 2020 2e tour	Diplômés années précédentes 1er tour	Diplômés années précédentes 2e tour	Total non jumelages 2020	
Écoles de médecines internationales	100	12	257	49	418	63	19	820	608	1510	1928

Source : CaRMS, Le Forum de CaRMS de 2020, <https://www.carms.ca/pdfs/2020-forum-de-carms.pdf>

¹⁰² CaRMS. Sommaire des critères de participation pour les DHCEU. <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/criteres-dadmissibilite/sommaire-des-criteres-de-participation-pour-les-dhceu/>.

Le cheminement prescrit des DHCEU de la Figure 15 ne fait pas de distinction de catégorie ou de sous-catégorie d'immigrant, ce cheminement concerne donc des immigrants permanents ou temporaires (qui peuvent devenir permanents), des travailleurs qualifiés, des personnes du regroupement familial ou des réfugiés. Cependant, si tous les résidents permanents peuvent prendre les trois voies qui s'offrent, les immigrants temporaires ne sont éligibles qu'à la voie du permis restrictif. En effet, pour passer l'examen CNE, et donc pour postuler dans CaRMS, il faut être résident permanent ou canadien.

Nous verrons dans ce chapitre que pour nos répondants, c'est la voie du permis restrictif avec ARM qui est la plus rapide pour faire reconnaître ses compétences et obtenir un permis d'exercice alors que la voie de la reconnaissance de la formation initiale pour l'obtention d'un permis régulier est la plus longue.

Dans cette deuxième section, nous avons brossé le portrait des DHCEU au Québec et constaté qu'il y avait de moins en moins d'admission de médecins immigrants au Québec et ce, depuis 2010-2011. Nous avons également observé que c'est au Québec que le pourcentage de médecins formés à l'étranger est le plus bas par rapport aux autres provinces du Canada, poids qui ne cesse de diminuer d'ailleurs ces dernières années.

L'analyse documentaire et l'étude empirique nous ont permis de détailler les différents parcours institutionnels de reconnaissance des compétences des DHCEU au Québec. Trois voies très différentes s'offrent aux DHCEU pour faire reconnaître leurs compétences et obtenir leur permis d'exercice. D'abord, la voie de l'externat les mène à reprendre des études doctorales de médecine et suivre le même cheminement que les étudiants du Québec, mais en commençant deux plus tard. Cependant, il n'y a qu'une dizaine de places par an offertes dans les quatre facultés de médecine de la province. Ensuite, la voie de la reconnaissance de la formation initiale est un processus plus long au cours duquel les DHCEU doivent réussir trois examens avant de recevoir une équivalence du diplôme MD par le Collège des médecins puis être jumelés à une université au sein de laquelle ils feront leur résidence pour obtenir ensuite leur permis d'exercice. Enfin, la troisième et dernière voie est plus rapide et mène à l'obtention d'un permis d'exercice restrictif. Les médecins formés en France qui bénéficient de l'ARM utilisent cette voie. Ils doivent réussir un stage de trois mois dans un établissement de santé puis obtiennent leur permis restrictif du Collège des médecins du Québec. Dans cette voie, les DHCEU qui ne bénéficient pas de l'ARM doivent réussir un examen du Collège médical du Canada (CMC) et l'examen de français de l'Office québécois de la langue française (OQLF) avant de pouvoir réaliser le stage de trois mois.

Il nous a semblé important de nous attarder dans les deux premières parties de ce chapitre sur la présentation de la formation et de la profession de médecin au Québec, sur le portrait des médecins au Québec et sur celui des DHCEU arrivés entre 2008 et 2018 pour deux raisons. D’abord pour comprendre l’origine des conventions sur les compétences nécessaires à l’exercice de la profession et les conditions de son exercice. Ensuite, permettre au lectorat de commencer à cerner la complexité de la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU au Québec. Ainsi, dans la prochaine section, nous détaillons les étapes à travers lesquelles les DHCEU doivent passer pour faire reconnaître leurs compétences et comment les acteurs concernés se coordonnent à chacune de ces étapes.

3. Les étapes du processus de reconnaissance des compétences

Dans le Chapitre 2 – Cadre théorique et conceptuel, nous avons expliqué qu’une convention résout un problème de coordination entre différents acteurs en situation d’incertitude. En reprenant la définition d’une convention de Jean-Pierre Dupuy et al. (1989, p. 142), nous examinons dans cette troisième section « des représentations, une structure d’information, etc., qui construisent les informations jugées pertinentes et utiles pour l’action et déterminent la nature des objets qui peuvent servir de ressources ». Pour ce faire, nous mobilisons notre cadre d’analyse présenté au chapitre 2 (p. 90) et nous avons colligé dans le Tableau 33 les étapes et les outils utilisés par les acteurs pour la reconnaissance des compétences des DHCEU que l’analyse documentaire et l’étude empirique ont permis de construire.

Tableau 33: Étapes et outils de la reconnaissance des compétences des DHCEU

Convention	Parcour		
	Immigration	Évaluation/Reconnaissance des compétences	Intégration professionnelle
Compétences	Grille de sélection du MIDI	Examens CMC Examen de français Référentiel de compétences CanMEDS	Sélection Supervision
Professions	Liste des domaines de formation Formulaire DHCEU	Éloignement de la pratique Stages CaRMS (résidence)	Permis d'exercice Emploi
Légitimité	Légitimité de la profession de médecin dans le pays d'origine Attentes professionnelles des DHCEU Représentation de la sélection par acteurs institutionnels et DHCEU	Normes et standards nord-américains Représentation de la reconnaissance des compétences	Intégration professionnelle Représentation de la reconnaissance professionnelle

Cette troisième partie se compose de trois sections qui correspondent aux trois processus identifiés dans le Tableau 33.

Durant le processus d’immigration, les acteurs institutionnels se sont dotés d’outils d’évaluation avec lesquels ils tentent de résoudre leurs incertitudes pour la sélection de travailleurs qualifiés qui ont potentiellement le plus de chance de s’adapter et de s’intégrer professionnellement au Québec.

Pour les immigrants, la sélection opérée se présente comme une reconnaissance de leur formation initiale et de leur profession car ils considèrent qu'ils sont légitimes puisqu'ils ont été sélectionnés comme médecins, même s'ils doivent signer une déclaration par laquelle ils reconnaissent qu'ils pourraient ne pas pouvoir exercer leur profession et qu'ils n'ont aucun point dans la grille lié à leur domaine de formation.

Lors du **processus de reconnaissance des connaissances**, les acteurs institutionnels mettent en place plusieurs étapes afin d'évaluer les compétences des DHCEU pour s'assurer que ces DHCEU ont les compétences pour travailler au Canada et au Québec selon les normes établies et obtenir, comme tout diplômé du Québec, un permis d'exercice de leur profession et donc répondre à leur mission de protection du public. Pour les DHCEU, cela se comprend comme une reconnaissance de leurs compétences et donc renforce le sentiment de légitimité, cette fois-ci institutionnelle.

Enfin, lors du **processus d'intégration professionnelle**, d'autres épreuves attendent les DHCEU afin de rassurer leurs employeurs, leurs pairs et leurs patients sur leurs compétences professionnelles. Il s'agit alors pour les DHCEU d'une reconnaissance professionnelle à obtenir en plus de la reconnaissance institutionnelle.

3.1. Durant le processus d'immigration

Dans cette première section, nous passons en revue les étapes à travers lesquelles les DHCEU doivent passer pour être sélectionnés par le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) et obtenir leur résidence permanente. Les deux premières sous-sections sont consacrées à la présentation des outils et critères déterminés par le MIFI et ses partenaires pour effectuer la sélection des DHCEU. Dans un premier temps, nous décrivons comment sont établies les grilles de sélection et la liste des domaines de formation, puis nous analysons et comparons, dans les grilles utilisées entre 1978 et 2018, les critères de sélection utilisés par le MIFI. Dans un deuxième temps, nous détaillons le formulaire que doivent obligatoirement signer les DHCEU candidats à l'immigration, la *Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis*, document les informant des possibles difficultés à exercer leur profession au Québec. Dans la troisième sous-section, nous expliquons quelles sont les attentes professionnelles des DHCEU et la représentation de la sélection par les acteurs et les DHCEU. Enfin, dans la quatrième et dernière sous-section, nous examinons les limites des outils de sélection et de la coordination des acteurs.

3.1.1. La grille de sélection du Québec et la liste des domaines de formation

3.1.1.1. Historique et objectifs des outils de sélection

Afin de sélectionner les immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés au Québec, le ministère de l'immigration québécois utilise une grille de sélection, une liste de domaines de formation et selon les années une liste de formations privilégiées, qu'il établit selon plusieurs critères et avec la collaboration et la validation de certains autres ministères.

Le Québec sélectionne uniquement les immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés qu'il veut recevoir chaque année en vertu de l'Accord Canada-Québec de 1991. Avant la signature de cet accord et la mise en œuvre de sa propre politique d'immigration en 1996, le ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration (MCCI)¹⁰³ utilisait la grille de sélection du gouvernement fédéral. Le Québec utilise sa propre grille depuis 1996. Le MIDI nous a fourni les grilles produites depuis cette date, ainsi que presque toutes les listes de domaines de formation et des formations privilégiées dressées en fonction des besoins du marché du travail. Nous avons pu obtenir la grille utilisée au préalable, c'est-à-dire la grille canadienne de 1978, dans la Gazette officielle.

Rappelons que le Québec sélectionne les immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés afin de répondre aux besoins économiques, démographiques et linguistiques de la province. Les objectifs de sélection sont donc clairs : répondre aux besoins du marché du travail par la sélection d'une main-d'œuvre jeune, qui parle français et qui peut participer au développement économique et démographique de la province.

Il est important de bien comprendre que les immigrants ne sont pas sélectionnés pour exercer leur profession, mais pour leur potentiel à gagner leur vie comme l'a précisé le MIFI lors de l'entrevue :

[O]n ne sélectionne pas en fonction des chances de la personne de pratiquer sa profession, on le sélectionne, on donne les pointages en fonction de ses chances de bien gagner sa vie. (MIDI)

Cette grille, quelle que soit sa version, octroie des points aux candidats à l'immigration en fonction de plusieurs critères qui n'ont presque pas changé au cours des années, et qui ont été établis pour répondre à ces besoins. Ces critères sont les suivants : 1) la **formation**, 2) l'**expérience professionnelle**, 3) l'**âge**, 4) les **connaissances linguistiques**, 5) les **séjours et la famille au Québec**, 6) l'**emploi** ou une offre d'emploi validée, 7) les **enfants**, 8) la **capacité d'autonomie financière** et 9) l'**adaptabilité**. Ces critères sont pondérés en fonction de l'importance que leur donne le MIFI.

¹⁰³ C'était le nom du ministère de l'immigration québécois à cette époque.

La grille de sélection s'accompagne, pour le calcul des points octroyés dans le critère formation, d'une liste de formations privilégiées¹⁰⁴ et depuis 2006, d'une liste de domaines de formation avec comme objectif affiché de répondre aux besoins du marché du travail. Le pointage des domaines de formation a d'ailleurs augmenté de 2006 à 2009.

Selon l'experte MIDI, « la grille est non-discriminatoire et d'application universelle » et « la liste des domaines de formation n'était pas un critère éliminatoire. » Si la grille de sélection permet d'attribuer des points pour le niveau de diplôme obtenu, c'est dans la liste des domaines de formation que sont attribués plus spécifiquement des points supplémentaires en fonction du domaine de formation de la personne, du niveau de diplôme obtenu dans ce domaine et du lieu d'obtention de ce diplôme (au Québec ou ailleurs dans le monde). Selon cette même personne, « la liste des domaines de formation, c'est le seul élément qui permet d'avoir la main sur la sélection ».

Les résultats sont comptabilisés à trois niveaux. Le ministère établit d'abord un nombre de points minimum pour passer un seuil éliminatoire d'employabilité en comptabilisant les six premiers critères (1 à 6). Ensuite, il ajoute les deux critères suivants (7 et 8) pour déterminer le seuil de passage à l'examen préliminaire. Le dernier critère (9), l'adaptabilité, utilisé jusqu'en 2015, servait finalement à calculer la note pour le seuil de passage en sélection. Certains critères sont éliminatoires. Nous reviendrons en détails sur la pondération et les éléments contenus dans chacun des critères un peu plus loin¹⁰⁵.

3.1.1.2. Les grilles de sélection et les listes des domaines de formation

La **grille de sélection**, la liste des **domaines de formation** et la liste des **formations privilégiées** sont élaborées par le ministère de l'Immigration, généralement au sein du Secteur des Politiques et programmes qui a « l'expertise au Ministère pour comparer les diplômes étrangers à des domaines de formation au Québec et le travail de pointage. » (MIDI) Les Directions dépendant de ce secteur ont porté plusieurs noms au fil des années et des changements de ministres.

Les pointages des **domaines de formation** proviennent de l'analyse de trois sources : la liste des *professions en demande et les perspectives d'emploi* déterminées chaque année par le MTESS, les résultats de *l'enquête Relance* sur la situation d'emploi des diplômés par le MEES et les données de

¹⁰⁴ MIFI. Liste des domaines de formation. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/LI_DomainesFormation.pdf?1616677660

¹⁰⁵ L'analyse de l'évolution des grilles de sélection est intéressante et nous en proposerons un bref aperçu, mais notre recherche portant sur la période d'admission 2008-2018 des médecins immigrants au Québec, nous nous concentrerons donc sur les grilles depuis 2006, même si au regard de la durée des démarches d'immigration, deux de nos répondants ont été sélectionnés sur une grille antérieure, celle de 2003.

la *Base de données longitudinales sur l'Immigration* (BDIM) de Statistique Canada sur les revenus des personnes immigrantes par profession.

Partant des besoins de main-d'œuvre au Québec établis par le MTESS qui utilise comme outil de base pour définir les professions la classification nationale des professions (CNP), le MIFI, qui « ne peut pas transposer ça directement en pointages parce que ce n'est pas parce qu'il y a des besoins de main d'œuvre dans un domaine que les personnes immigrantes vont être embauchées dans ce domaine-là » (MIDI), croise ces données avec l'enquête Relance du MEES « pour voir comment se comportent les nouveaux diplômés du Québec » (MIDI) et considère que les diplômés immigrants devraient se comporter comme les diplômés québécois sur le marché du travail. L'enquête Relance permet donc de voir le comportement professionnel des diplômés, c'est-à-dire, s'ils exercent une profession correspondant à leur formation initiale. L'enquête Relance permet également « d'attribuer les pointages à la liste des domaines pour les diplômés du Québec » (MIDI). Les données de la BDIM permettent ensuite de « nuancer les pointages en fonction de la réalité spécifique des personnes immigrantes » (MIFI) à partir du revenu moyen des personnes immigrantes et du taux de sans-emploi. Au MTESS, on explique que « [s]i globalement au Québec, on estime que la profession est en déficit, on va mettre la profession en déficit au niveau national et c'est ça qui va être converti par le ministère de l'Immigration en domaines de formation. » Le MIFI nous décrit le raisonnement ainsi pour les médecins immigrants :

[...] par exemple, les diplômés en médecine, les diplômés du Québec en médecine, gagnent plutôt bien leur vie puis le taux de chômage n'est pas fort et puis bon, donc on va donner des bons pointages aux diplômés en médecine admettons. Mais c'est là qu'on peut aller dire oh, attention, les diplômés de l'étranger ont un revenu beaucoup plus faible, ont un taux de sans-emploi beaucoup plus élevé, et que là, on va aller dire : diplômés en médecine de l'étranger 0 point [pour la liste des domaines de formation].
(MIDI)

Plusieurs directions du MIFI travaillent à l'élaboration de la grille de sélection et les listes des domaines de formation et des formations privilégiées. Une d'entre elles va s'occuper des pointages et de la pondération des critères par exemple, quand une autre va établir le comparatif des diplômes québécois avec les diplômes étrangers, et donc participer à « placer » les points des formations dans la liste des domaines de formation.

Les points octroyés aux domaines de formation sont déterminés par le MIDI en fonction des données transmises par le MTESS sur les perspectives d'intégration professionnelles. Celles-ci sont classées de favorables¹⁰⁶ à nulles et les points attribués vont décroissants. En 2006, les domaines de formation considérés comme les plus prometteurs recevaient 12 points, puis ensuite le nombre de

¹⁰⁶ Ou excellentes ou bonnes selon les années et le lexique utilisé par Emploi-Québec.

points diminuaient : 9, 5, 1 et 0. De 2009 à 2017, les points ont augmenté et se distribuaient ainsi : 16, 12, 6, 2, 0. En 2018, le MIDI est revenu à des points proches de la liste de 2006, à savoir, 12, 9, 6, 2, 0. Pour les DHCEU, comme on peut le constater dans le Tableau 35 et le Tableau 37, la formation de médecin (quelle que soit la spécialité) ne rapporte aucun point et la profession ne fait pas partie de la liste des formations privilégiées.

La liste des formations privilégiées permet de mettre de l'avant les besoins du marché du travail et comme le souligne le Vérificateur général du Québec (2011) dans son rapport, depuis 2009, « [O]n traite en priorité les demandes d'immigration des travailleurs qualifiés qui possèdent une formation dans un domaine prometteur répondant aux besoins du marché du travail. » (p. 3.18).

Nous avons appris que le MIFI ne travaille pas seul pour établir les listes des domaines de formation et celle des formations privilégiées, même si ultimement, c'est lui qui décide et a le dernier mot. Il consulte et collabore avec d'autres acteurs institutionnels, notamment le MTESS comme nous l'avons vu précédemment, mais également avec d'autres partenaires.

[L]es partenaires [du MIDI] sont le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Emploi-Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, l'Office des professions et certains ordres professionnels. (Vérificateur général du Québec, 2011, p. 3.17)

Lors de nos entrevues avec les différents acteurs institutionnels, nous les avons interrogés sur ces collaborations et « mécanismes de concertation » pour savoir quelle était la contribution de chacun et comment s'opérait cette concertation.

Le MIDI envoie les grilles et les domaines de formation aux différents ministères qui peuvent faire des commentaires ou des recommandations. Il apparaît ainsi que les domaines de formations sont déterminés par Emploi-Québec dans son diagnostic annuel. Pour les professions de la santé, Emploi-Québec consulte au préalable le MSSS pour établir les besoins du marché du travail avec lequel il « valide » (MTESS) ses résultats, d'autant plus que pour les médecins, leur nombre est établi par décret chaque année par le MSSS comme nous l'avons vu précédemment. La collaboration avec le MTESS est importante puisque la liste des domaines de formation et les besoins de main-d'œuvre proviennent du MTESS. Les deux ministères font un va et vient des informations pour « tester la robustesse de [leurs] résultats » (MTESS). Le MTESS aimerait améliorer les résultats de ses modélisations économiques et échanger plus avec les ordres professionnels pour améliorer l'arrimage des besoins de main-d'œuvre, mais se heurte parfois à un manque de disponibilité de l'information nécessaire. Le MIDI consulte également les ordres professionnels pour faire les ajustements nécessaires aux pointages afin qu'ils reflètent leur réalité.

En revanche, le MTESS pense qu'il faudrait peut-être revoir les pointages tant des domaines de formation que des niveaux de formation, mais pour le moment, c'est le MIDI qui décide, sur ce point, le MTESS « a peut-être un peu moins d'influence. » (MTESS) Après consultation et concertation¹⁰⁷, le MIDI a le dernier mot et décide des pointages dans la grille de sélection et dans la liste des domaines de formation¹⁰⁸.

Finalement, le Ministère entérine la grille et la liste par règlement¹⁰⁹ qui sont ensuite publiées dans la Gazette officielle du Québec.

3.1.1.3. Analyse des grilles et listes des domaines de formation et résultats

Nous avons analysé chacune des versions des grilles envoyées par le MIDI afin de connaître le poids donné par l'institution à certains critères par rapport à d'autres, notamment ceux concernant le poids de la compétence des immigrants et de leur profession (leur domaine de formation, leur niveau d'études, leur connaissance du français et leur expérience professionnelle). Nous présentons dans le Tableau 35 et le Tableau 36 une comparaison des différentes grilles utilisées par le MIFI et la pondération des critères en relation avec notre cadre d'analyse pour les DHCEU requérant avec conjoint et dans le Tableau 37 et le Tableau 38 pour un requérant sans conjoint.

Comme nous l'avons énoncé précédemment, les critères de la grille sont les suivants, pour le requérant principal, et son conjoint le cas échéant : la formation, le nombre d'années d'expérience professionnelle, l'âge, les connaissances linguistiques, séjour et famille au Québec, caractéristique du conjoint, une offre d'emploi valide, des enfants, la capacité d'autonomie financière et l'adaptabilité.

Au fil des versions, pour un requérant principal avec conjoint (Tableau 35 et Tableau 36), il apparaît que c'est la **formation initiale** qui pèse le plus lourd dans la pondération (de 13% à 25% des points maximum que l'on peut obtenir), suivie de la **connaissance linguistique** (17% à 20%), puis des **caractéristiques du conjoint** (13 à 15%) puis de l'**âge** (8 à 14%), ensuite une **offre d'emploi validée** (8 à 12%), l'**expérience professionnelle** (6 à 8%), les **enfants** et les **séjours** (6 à 7% chacun). Le critère d'adaptabilité quant à lui pesait entre 14 et 23% dans les grilles de 1996 à 2003. Il a été réduit entre 2006 et 2014 de 5 à 6%.

Pour un requérant sans conjoint (Tableau 37 et Tableau 38), la formation initiale est également le critère qui pèse le plus lourd (15 à 29%), suivi de la connaissance linguistique (19 à 23%) et de

¹⁰⁷ Article 28 de la Loi sur l'Immigration du Québec, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-0.2.1>

¹⁰⁸ Article 26 de la loi sur l'Immigration du Québec, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-0.2.1>

¹⁰⁹ Article 41 de la Loi sur l'Immigration du Québec, <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-0.2.1>

l'âge (9 à 16%). L'importance des critères ensuite diffère un peu puisque l'expérience professionnelle pèse entre 8 et 9%, les séjours de 6 à 8%, les enfants pèsent pour 7 à 8% alors que le critère d'adaptabilité pèse entre 6 et 7%.

Le critère **d'adaptabilité** a été supprimé depuis la grille de 2015. Les facteurs considérés dans ce critère étaient : les qualités personnelles, la motivation, la connaissance du Québec, les séjours d'étude ou de travail au Québec, les autres séjours, des parents au Québec, des amis au Québec.

Comme on peut le constater dans le Tableau 36 et le Tableau 38, ce critère est supprimé de la grille de sélection depuis le 5 août 2015¹¹⁰ pour donner suite à la recommandation faite en 2010 par le Vérificateur général du Québec. En effet, ce dernier considérait ce critère très subjectif et manquant d'indicateurs significatifs compte tenu de son poids relatif dans la grille ce qui rendait la sélection aléatoire et « davantage basée sur le jugement du conseiller à l'immigration. » (Vérificateur général du Québec, 2011, p. 3-4)

Les DHCEU que nous avons rencontrés ont tous été évalués et sélectionnés sur le critère adaptabilité, mais à part pour deux candidats venus sur la grille de 2003 où ce critère pesait 15%, l'adaptabilité ne pesait « que » 5 à 6%.

La connaissance du français n'est évaluée par des tests officiels que depuis 2013, même si le MIDI avait mis en place depuis 2008 une mesure pour que, petit à petit, les tests de français deviennent la norme dans les dossiers d'immigration. Cependant, jusqu'en 2013, ce critère était évalué, là encore par le conseiller à l'immigration, sans balises ou critères définis et mesurables. Ceci a également été mis de l'avant par le Vérificateur général du Québec (2011) qui conclut que « les informations dans le dossier ne permettent pas toujours de justifier l'attribution des points. »

Les DHCEU que nous avons rencontrés ont été sélectionnés avec une grille antérieure à celle de 2015 et n'ont donc pas passé de tests de français. La note obtenue a donc pu varier selon le conseiller rencontré pour ceux qui n'étaient pas francophones (comme la moitié de nos répondants) et qui ont quand même été sélectionnés.

Concernant **l'expérience professionnelle**, on obtient le maximum de points après 4 ans d'expérience. La moyenne d'années d'expérience professionnelle de nos répondants est de 6 ans, les trois-quarts ayant plus de 4 ans d'expérience professionnelle ont obtenu le maximum des points pour ce critère (voir le Tableau 34).

¹¹⁰ Communiqué du MIDI : <http://www.midi.gouv.qc.ca/fr/presse/communiqués/com20150805.html>.

Tableau 34 : Caractéristiques des DHCEU rencontrés admis selon critères grilles de sélection

Code Prénom	Grille MIDI utilisée	Version formulaire DHCEU	Âge au moment de la demande	Années d'expérience antérieure	Niveau d'études	Francisation	Année arrivée	Nb de DHCEU admis cette année-là
Ali	2009	2012	36	6 ans	14 ans +	oui	2014	220
Andrès	2006	2004	27	2 ans	14 ans +	oui	2009	289
Dima	2009	2004	34	9 ans	14 ans +	oui	2014	220
Divine	2006	2004	37	14 ans	14 ans +	oui	2010	360
Emmanuel	2009	2004	33	3 ans	14 ans +	non	2016	134
Eya	2003	2004	25	0	14 ans +	non	2008	303
Imène	2006	2004	36	1 an-	14 ans +	non	2014	220
Laura	2006	2004	30	7 ans	14 ans +	oui	2011	313
Layla	2009	2004	38	13 ans	14 ans +	oui	2015	150
Lina	2009	2012	31	5 ans	14 ans +	non	2017	92
Sabrina	2009	2004	32	10 ans	14 ans +	non	2017	92
Véronyka	2009	2004	28	4 ans	14 ans +	oui	2016	134
Yasmine	2006	2004	29	0	14 ans +	non	2008	303
Youssef	2003	2004	35	7 ans*	14 ans +	non	2008	303

*La particularité de Youssef est qu'il a été sélectionné sur son niveau d'études de médecin, cependant il n'a travaillé qu'un certain temps comme médecin dans son pays et a déclaré 7 ans d'expérience professionnelle comme professionnel du secteur pharmaceutique.

Nous constatons dans les grilles de sélection du MIFI depuis 1996 (Tableau 35 et le Tableau 36) que, si le niveau d'études des médecins (doctorat) leur rapporte de plus en plus de points (de 11 en 1996 à 14 en 2015 et 2017), leur domaine de formation ne fait pas partie de la liste des domaines de formation privilégiés par le gouvernement du Québec et donc ne leur rapporte aucun point. Cela n'a pas empêché que de plus en plus de médecins soient admis au Québec dans la sous-catégorie des travailleurs qualifiés depuis 2002 (Figure 10).

C'est d'ailleurs le cas de nos répondants qui, stratégiquement, remplissent la demande de CSQ comme requérant principal car ils font le calcul des points. Ils nous en ont fait part quand nous leur avons demandé s'ils étaient requérants principaux et si cela faisait partie d'une stratégie pour s'assurer d'avoir le plus de points. Pour certains, c'est même l'avocat ou l'évaluateur du dossier d'immigration qui leur a suggéré de faire leur demande ainsi. Cela a, par exemple, été le cas pour Youssef, requérant principal, qui a obtenu le maximum de points pour son niveau d'études de médecin, mais son expérience professionnelle comme médecin n'était pas significative car il a travaillé essentiellement comme professionnel du secteur pharmaceutique pendant 7 ans.

Tableau 35: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 1996-2006 pour un requérant avec conjoint

Requérant avec conjoint	Grille de 1996		Grille de 2000		Grille de 2001		Grille de 2003		Grille de 2006	
	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération
Formation	17	13%	17	13%	19	14%	19	15%	29	22%
Niveau de scolarité	11	8%	11	8%	11	8%	11	9%	13	10%
Formation privilégiée ¹	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%		0%
Domaine de formation									12	9%
Diplôme de Québec									6	5%
Deuxième spécialité	2	2%	2	2%	4	3%	4	3%	2	2%
Expérience professionnelle	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	9	7%
Âge	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	18	14%
Connaissances linguistiques	23	17%	23	17%	24	18%	24	20%	22	17%
Français ²	15	11%	15	11%	16	12%	16	13%	16	12%
Études post secondaires en français	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Anglais	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%
Séjour et famille au Québec									9	7%
Séjour au Québec									6	5%
Famille au Québec									3	2%
Caractéristiques du conjoint	17	13%	17	13%	17	13%	17	14%	18	14%
Niveau de scolarité	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%	3	2%
Domaine de formation									3	2%
Diplôme du Québec									1	1%
Deuxième spécialité									1	1%
Expérience	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	1	1%
Âge	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	3	2%
Connaissances linguistiques (français)	8	6%	8	6%	8	6%	8	7%	6	5%
Emploi / Offre d'emploi validée	15	11%	15	11%	15	11%	15	12%	10	8%
Emploi assuré	15	11%	15	11%	15	11%	15	12%		0%
Profession en demande	12	9%	12	9%	12	9%	12	10%		0%
Employabilité et mobilité professionnelle	7	5%	7	5%	8	6%	8	7%		0%
Offre d'emploi validée dans la RMM									5	4%
Offre d'emploi validée hors RMM									10	8%
Sous-total des points employabilité									115	
Seuil éliminatoire d'employabilité									57	43%
Enfants	8	6%	8	6%	8	6%	8	7%	8	6%
12 ans ou moins (par enfants)	2		2		2		2		4	3%
13 à 18 ans (par enfant)	1		1		1		1		2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%
Sous-total des points passage examen préliminaire									124	
Seuil de passage à l'examen préliminaire							60		60	45%
Adaptabilité	31	23%	31	23%	19	14%	19	15%	8	6%
Qualités personnelles	15	11%	15	11%	6	5%	6	5%		
Motivation	5	4%	5	4%	2	2%	2	2%		
Connaissance du Québec	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Séjour études ou travail	5	4%	6	5%	6	5%	6	5%		
Autres séjours	2	2%								
Parents au Québec	4	3%	3	2%	3	2%	3	2%		
Ami au Québec	2	2%								
Total points maximum	132		132		123		123		132	
Seuil de passage en sélection	70	53%	70	53%	68	52%	68	55%	68	52%
¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées										
² Tests officiels à partir de 2013										
							Profession médecin		Profession médecin	
							Pas reçu liste des formations privilégiées		5/12 pts pour domaine de formation	
									13/13 pts pour niveau diplôme	

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 1996 à 2018. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

Tableau 36: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 2009-2018 pour un requérant avec conjoint

Requérant avec conjoint	Grille de 2009		Grille de 2013		Grille de 2014		Grille de 2015		Grille de 2017		Grille de 2018	
	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération
Formation	28	23%	28	23%	30	24%	30	25%	26	22%	26	22%
Niveau de scolarité	12	10%	12	10%	14	11%	14	12%	14	12%	14	12%
Formation privilégiée ¹												
Domaine de formation	16	13%	16	13%	16	13%	16	13%	12	10%	12	10%
Diplôme de Québec												
Deuxième spécialité												
Expérience professionnelle	8	7%	8	7%	8	6%	8	7%	8	7%	8	7%
Âge	16	13%	16	13%	16	13%	16	13%	16	14%	16	13%
Connaissances linguistiques	22	18%	22	18%	22	17%	22	18%	22	19%	22	18%
Français ²	16	13%	16	13%	16	13%	16	13%	16	14%	16	13%
Études post secondaires en français												
Anglais	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%
Séjour et famille au Québec	8	7%	8	7%	8	6%	8	7%	8	7%	8	7%
Séjour au Québec	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%
Famille au Québec	3	2%	3	2%	3	2%	3	3%	3	3%	3	3%
Caractéristiques du conjoint	16	13%	16	13%	17	13%	17	14%	17	15%	17	14%
Niveau de scolarité	3	2%	3	2%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%
Domaine de formation	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%
Diplôme du Québec												
Deuxième spécialité												
Expérience												
Âge	3	2%	3	2%	3	2%	3	3%	3	3%	3	3%
Connaissances linguistiques (français)	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%
Emploi / Offre d'emploi validée	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	10	9%	14	12%
Emploi assuré												
Profession en demande												
Employabilité et mobilité professionnelle												
Offre d'emploi validée dans la RMM	6	5%	6	5%	6	5%	8	7%	8	7%	8	7%
Offre d'emploi validée hors RMM	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	10	9%	14	12%
Sous-total des points employabilité	108		108		111		111		107		111	
Seuil éliminatoire d'employabilité	50	41%	50	41%	50	40%	50	42%	52	45%	52	43%
Enfants	8	7%	8	7%	8	6%	8	7%	8	7%	8	7%
12 ans ou moins (par enfants)	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%
13 à 18 ans (par enfant)	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%
Sous-total des points passage examen prélin	117		117		120		120		116		120	
Seuil de passage à l'examen préliminaire	57	46%	57	46%	57	45%	57	48%	59	51%	59	49%
Adaptabilité	6	5%	6	5%	6	5%	SUPPRIMÉ					
Qualités personnelles												
Motivation												
Connaissance du Québec												
Séjour études ou travail												
Autres séjours												
Parents au Québec												
Ami au Québec												
Total points maximum	123		123		126		120		116		120	
Seuil de passage en sélection	63	51%	63	51%	63	50%	57	48%	59	51%	59	49%

2012 - Formulaire DHCEU V2

2018 - Formulaire DHCEU V3

2010 (novembre) - Entrée en vigueur de l'ARM France-Québec pour la profession de médecin

¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées

² Tests officiels à partir de 2013

Depuis 2009, 0 point au domaine de formation pour les médecins, mais toujours le maximum de points pour le niveau d'études, donc entre 12 et 14 pts selon les grilles

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 1996 à 2018. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

Tableau 37: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 1996-2006 pour un requérant seul

Requérant seul	Grille de 1996		Grille de 2000		Grille de 2001		Grille de 2003		Grille de 2006	
	Points maximum	Pondération								
Formation	17	15%	17	15%	19	18%	19	18%	29	25%
Niveau de scolarité	11	10%	11	10%	11	10%	11	10%	13	11%
Formation privilégiée	4	3%	4	3%	4	4%	4	4%		
Domaine de formation									12	11%
Diplôme de Québec									6	5%
Deuxième spécialité	2	2%	2	2%	4	4%	4	4%	2	2%
Expérience professionnelle	10	9%	10	9%	10	9%	10	9%	9	8%
Âge	10	9%	10	9%	10	9%	10	9%	18	16%
Connaissances linguistiques	23	20%	23	20%	24	23%	24	23%	22	19%
Français	15	13%	15	13%	16	15%	16	15%	16	14%
Études post secondaires en français	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Anglais	6	5%	6	5%	6	6%	6	6%	6	5%
Séjour et famille au Québec									9	8%
Séjour au Québec									6	5%
Famille au Québec									3	3%
Emploi / Offre d'emploi validée	15	13%	15	13%	15	14%	15	14%	10	9%
Emploi assuré	15	13%	15	13%	15	14%	15	14%		
Profession en demande	12	10%	12	10%	12	11%	12	11%		
Employabilité et mobilité professionnelle	7	6%	7	6%	8	8%	8	8%		
Offre d'emploi validée dans la RMM									5	4%
Offre d'emploi validée hors RMM									10	9%
Sous-total des points employabilité	75	65%	75	65%	78	74%	78	74%	97	
Seuil éliminatoire d'employabilité									50	44%
Enfants	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	7%
12 ans ou moins (par enfants)	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	4	4%
13 à 18 ans (par enfant)	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%								
Sous-total des points passage examen préliminaire	84	73%	84	73%	87	82%	87	82%	106	
Seuil de passage à l'examen préliminaire									53	46%
Adaptabilité	31	27%	31	27%	19	18%	19	18%	8	7%
Qualités personnelles	15	13%	15	13%	6	6%	6	6%		
Motivation	5	4%	5	4%	2	2%	2	2%		
Connaissance du Québec	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Séjour études ou travail	5	4%	6	5%	6	6%	6	6%		
Autres séjours	2	2%		0%		0%		0%		
Parents au Québec	4	3%	3	3%	3	3%	3	3%		
Ami au Québec	2	2%		0%		0%		0%		
Total points maximum	115		115		106		106		114	
Seuil de passage en sélection	70	61%	70	61%	60	57%	60	57%	59	52%

2002 (novembre) - La profession de médecin devient une profession admissible à l'immigration

2004 - Formulaire DHCEU V1

¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées		
² Tests officiels à partir de 2013	Calculs seuils employabilité et examen préliminaire à vérifier	Profession médecin Pas reçu liste des formations privilégiées xxxx pts pour niveau diplôme
		Profession médecin 5/12 pts pour domaine de formation 13/13 pts pour niveau diplôme

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 1996 à 2006. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

Tableau 38: DHCEU Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection 2009-2018 pour un requérant seul

Requérant seul	Grille de 2009		Grille de 2013		Grille de 2014		Grille de 2015		Grille de 2017		Grille de 2018	
	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération
Formation	28	26%	28	26%	30	28%	30	29%	26	26%	26	25%
Niveau de scolarité	12	11%	12	11%	14	13%	14	14%	14	14%	14	14%
Formation privilégiée												0%
Domaine de formation	16	15%	16	15%	16	15%	16	16%	12	12%	12	12%
Diplôme de Québec												0%
Deuxième spécialité												0%
Expérience professionnelle	8	7%	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	8%
Âge	16	15%	16	15%	16	15%	16	16%	16	16%	16	16%
Connaissances linguistiques	22	21%	22	21%	22	20%	22	21%	22	22%	22	21%
Français	16	15%	16	15%	16	15%	16	16%	16	16%	16	16%
Études post secondaires en français												0%
Anglais	6	6%	6	6%	6	6%	6	6%	6	6%	6	6%
Séjour et famille au Québec	8	7%	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	8%
Séjour au Québec	5	5%	5	5%	5	5%	5	5%	5	5%	5	5%
Famille au Québec	3	3%	3	3%	3	3%	3	3%	3	3%	3	3%
Emploi / Offre d'emploi validée	10	9%	10	9%	10	9%	10	10%	10	10%	14	14%
Emploi assuré												0%
Profession en demande												0%
Employabilité et mobilité professionnelle												0%
Offre d'emploi validée dans la RMM	6	6%	6	6%	6	6%	8	8%	8	8%	8	8%
Offre d'emploi validée hors RMM	10	9%	10	9%	10	9%	10	10%	10	10%	14	14%
Sous-total des points employabilité	92		92		94		94		90		94	91%
Seuil éliminatoire d'employabilité	42	39%	42	39%	42	39%	42	41%	43	43%	43	42%
Enfants	8	7%	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	8%
12 ans ou moins (par enfants)	4	4%	4	4%	4	4%	4	4%	4	4%	4	4%
13 à 18 ans (par enfant)	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%
												0%
Sous-total des points passage examen prélim	101		101		103		103		99		103	
Seuil de passage à l'examen préliminaire	49	46%	49	46%	49	45%	49	48%	50	51%	50	49%
Adaptabilité	6	6%	6	6%	6	6%	SUPPRIMÉ					
Qualités personnelles												
Motivation												
Connaissance du Québec												
Séjour études ou travail												
Autres séjours												
Parents au Québec												
Ami au Québec												
Total points maximum	107		107		109		103		99		103	
Seuil de passage en sélection	55	45%	55	45%	55	50%	49	48%	50	51%	50	49%

¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées

² Tests officiels à partir de 2013

Depuis 2009, 0 point au domaine de formation pour les médecins, mais toujours le maximum de points pour le niveau d'études, donc entre 12 et 14 pts selon les grilles

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 2009 à 2018. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

Même encore aujourd'hui, si l'on utilisait la grille de 2018, la plupart de nos répondants avec conjoint et enfants passeraient le seuil de la sélection alors qu'ils sont médecins et requérant principal, parce que le poids du niveau de formation reste important ainsi que les connaissances linguistiques, l'âge et les caractéristiques du conjoint. Mais sans certitude d'exercer leur profession en arrivant au Québec.

Un paradoxe de la grille de sélection, c'est que l'on peut avoir un diplôme dans un domaine et une expérience professionnelle dans un domaine différent. Un candidat peut donc être sélectionné sur un niveau d'études, pour les médecins le doctorat qui donne le maximum de points, avoir une expérience professionnelle dans un autre domaine, comme Youssef qui avait huit années d'expérience professionnelle dans le domaine pharmaceutique, sans avoir d'expérience de médecin

ou comme Imène qui, médecin dans son pays d'origine, s'était préparée à une autre carrière tout en appliquant comme DHCEU.

On ne voit donc pas dans la grille et dans la réflexion autour de la sélection, un lien entre les critères, tout est calculé en silo. Cependant, et comme le soulignait l'experte MIDI, le gouvernement, concernant les DHCEU, a « la main sur la sélection » avec les domaines de formation, comme nous le montre la baisse des admissions de DHCEU depuis 2010.

Pour s'assurer de sélectionner les immigrants qui, potentiellement, s'intégreront le mieux sur le marché du travail, le MIDI s'est doté d'outils lui permettant d'évaluer ce potentiel. Le Ministère a choisi d'évaluer un diplôme légalement obtenu plutôt que l'expérience professionnelle qui est plus compliquée à évaluer, « On n'a pas le choix, on doit être capables d'évaluer. » (Experte MIDI)

Quand on regarde la Figure 10, on se rend compte que même si les médecins ne se qualifient pas dans les domaines de formation, c'est à dire que leur domaine d'étude ne leur rapporte aucun point, on en a accueilli au Québec jusqu'à 360 en 2010 et en moyenne 228 par an entre 2008 et 2018. On note cependant une baisse significative du nombre d'admission des DHCEU depuis 2010, leur nombre est passé de 360 en 2010 à 92 en 2018, un niveau inférieur à ceux de 2004 (107). Si l'on regarde attentivement la courbe et les points accordés aux médecins dans les grilles successives depuis 2008, on peut faire une corrélation : ne plus donner de points pour la profession de médecin pourrait avoir donné ces résultats.

3.1.2. La déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis

Afin de prévenir les DHCEU des difficultés qu'ils pourraient rencontrer pour exercer leur profession, un formulaire à lire et à signer par les médecins candidats à l'immigration est ajouté en 2004 dans le dossier de demande de CSQ (Annexe 9). Une deuxième version voit le jour en 2012, c'est celle que nous avons montré à nos répondants (voir Annexe 10). Enfin, en 2018, une troisième version est rédigée avec les nouveaux documents de demande de CSQ en lien avec la nouvelle mouture du programme régulier des travailleurs qualifiés (PRTQ), ARRIMA et le système de déclaration d'intérêt (SDI). Nous verrons les modifications apportées à chacun de ces 3 documents.

Lors des entrevues, nous avons montré le formulaire A-0527-KF intitulé *Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles* (MICC) aux 22 DHCEU et aux 33 acteurs que nous avons rencontrés. Nous avons demandé à tous s'ils le connaissaient et ce qu'ils en pensaient. Plus précisément, nous avons demandé aux DHCEU s'ils se souvenaient de l'avoir lu et signé, quelle compréhension ils en avaient et si cela avait eu un impact sur leur projet professionnel dans leur projet migratoire.

La mise en place de ce formulaire en 2004 viendrait d'un constat fait par les acteurs institutionnels des difficultés rencontrées par les DHCEU d'obtenir un permis d'exercice du Collège des médecins.

[E]n 2000... les médecins, on trouvait qu'ils étaient mal informés dans leur pays avant d'entamer les processus d'immigration, de la difficulté qu'ils auraient à obtenir un permis d'exercer la médecine. Et c'est ça, en collaboration avec les organismes, c'est certain que cette mention-là a été ajoutée pour qu'ils soient pleinement conscients que ça ne sera pas si simple s'ils viennent s'installer au Québec. Et de... et qu'ils veulent devenir médecins au Québec, là, il va y avoir des exigences et il va y avoir des... le processus est assez... est quand même assez long. (CÉDIS)

Comme cette réflexion a eu lieu au début des années 2000 et que nos répondants sont à leurs postes respectifs depuis moins de temps, il est difficile d'avoir une information détaillée. Cependant, ce document se veut un outil institutionnel du MIFI pour s'assurer d'informer les DHCEU sur les difficultés qu'ils pourraient rencontrer et des démarches à faire pour pouvoir exercer leur profession. Il est, en 2018, révisé à la Direction évaluation professionnelle et reconnaissance des compétences.

Le MIDI n'est pas le seul acteur intervenant dans l'élaboration de ce document. Au départ, il viendrait de discussions ayant eu lieu à la Table de concertation sur la planification de l'effectif médical au Québec et de son comité de suivi. Les acteurs concernés comme le MIDI, le MSSS, les facultés de médecine ou encore le Collège des médecins voulaient s'assurer qu'en amont de l'arrivée de médecins étrangers, ceux-ci seraient informés de la réalité qui les attendait.

On pourrait supposer alors que ces acteurs travaillant en concertation, nos répondant connaîtraient le formulaire. Nous avons constaté que plusieurs pensent qu'il y a une collaboration entre plusieurs acteurs, cependant, une grande partie d'entre eux n'a jamais vu ou entendu parlé du formulaire. Pour certain c'était une grande surprise de voir qu'il y avait un avertissement aux DHCEU dans le dossier d'immigration.

Il a été très surprenant de constater que des acteurs concernés en premier lieu par l'information dispensée dans le formulaire ne le connaissaient pas. Certains répondants, comme au BCI, sont dans le milieu depuis plusieurs années, et ont vaguement entendu parler des discussions ayant eu lieu au début des années 2000. Les personnes que nous avons rencontrées au CMQ, dans les facultés de médecine, au BCI et au Pôle ont découvert le document et son contenu lors de l'entrevue. Ce qui est tout de même paradoxal : le CMQ est mis en référence pour l'obtention du permis, les facultés sont mentionnées puisqu'elles sont responsables des formations doctorales et postdoctorales évoquées dans le document et le Pôle s'occupe de l'accès à la formation complémentaire. La personne du MTESS ne connaissait pas le formulaire, mais elle était en poste depuis quelques mois seulement.

Les répondants au MIDI, au CÉDIS et au MSSS le connaissent, ainsi que le Commissaire à l'admission aux professions et le CIQ. Les avocats et la consultante en immigration rencontrés connaissent le formulaire puisqu'il est dans les dossiers de demande de CSQ, ainsi que certains organismes (CREMCV et ACEM) quand ils ont affaire à des DHCEU.

Plusieurs des acteurs rencontrés, que ce soient des acteurs institutionnels comme le CMQ et les facultés de médecine ou alors des organismes qui accompagnent les DHCEU après leur arrivée, pensent que c'est une bonne chose que les DHCEU soient informés dès le moment où ils remplissent leur dossier. C'est pour eux une bonne source d'information et ils estiment qu'ainsi, les DHCEU savent dans quoi ils s'engagent et qu'ils ne peuvent pas dire qu'ils n'ont pas été avisés. Le contenu du formulaire apparaît comme un dédouanement, les DHCEU « sont prévenus » (MIDI), ils ne doivent donc pas être surpris en arrivant, puisqu'ils ont lu l'information sur le formulaire. De plus, certains sont vraiment contents de voir ces mises en garde : « Bien en fait, ça me, ça me ravit, mais je ne pensais pas qu'un organisme aurait le courage d'écrire noir sur blanc, sachez qu'il y a, c'est difficile de rentrer. » (UdM)

Quelques répondants ont cependant formulé des critiques ou des réserves vis-à-vis du formulaire et de son contenu. La formule « *Est informé de la difficulté pour les diplômés en médecine de satisfaire aux exigences* » du document fait s'exclamer le Commissaire à l'admission aux professions : « *Et puis non seulement ils le cachent en mettant des handicaps dans les points accordés à ces professions-là en demande, mais là en plus de ça, ils le disent !* ». Le CIQ est, quant à lui, étonné que cet outil-là soit encore utilisé de cette manière. Il est très critique de la démarche et de l'objectif du formulaire : « *Je ne pense pas que l'objectif de ces documents-là soit d'aider la personne immigrante à y voir plus clair. Je pense c'est plus une décharge de responsabilité de la part des autorités parce que c'est sûr qu'une personne qui va lire ça, elle ne comprendra pas de quoi il s'agit.* » Il pense que l'information transmise est juste là pour se dédouaner alors qu'il faudrait envisager un véritable accompagnement et éviter du vocabulaire que les immigrants, et pas seulement eux, ne connaissent pas. Il va plus loin dans sa critique car selon lui, le gouvernement ne remplit pas ses obligations par rapport à la formation d'appoint.

Ça, c'est un bel exemple de, comment je dirais, la difficulté des ministères à avoir une action cohérente et globalement de l'État à répondre à la demande sociale, entre autres. Puis j'insiste encore pour ce symptôme, qu'on dise que je pourrais éprouver de la difficulté à m'inscrire à une formation d'appoint. L'objectif devrait être le contraire. (CIQ)

De plus, il interroge le rôle du Pôle de coordination par rapport à ce qui est écrit dans le formulaire.

Vous venez de nous dire à l'avance que ça ne marchera pas. Vous venez nous dire à l'avance que le pôle de coordination qui a été institué en vertu de la loi 98, que ce pôle-là ne pourra pas produire de résultats positifs. (CIQ)

D'autres estiment que c'est malgré tout une forme d'information, mais malheureusement trop sommaire.

Certains ont formulé des pistes d'amélioration ou les manques dans le formulaire de leur point de vue. En effet, ce formulaire pourrait être fait conjointement avec le CMQ et donner l'information sur les différentes voies d'obtention du permis d'exercice.

Concernant les différentes voies existantes, l'information a été ajoutée dans le formulaire de 2018 sous la forme d'une note qui précise :

[...]je comprends qu'un permis restrictif (comportant des limites de lieu, d'actes et de durée) représente, pour certains, une voie d'accès à l'exercice temporaire de la médecine au Québec. Ce type de permis est délivré par le CMQ à certaines conditions pour combler des besoins précis. Comme la durée du processus en vue d'accéder à ce permis est longue, il est important de demeurer en exercice clinique durant ce processus. Je peux consulter Recrutement Santé Québec pour en savoir plus sur le sujet.¹¹¹

Et puis, et ce n'est pas le moindre des commentaires, les trois représentants des facultés de médecine rencontrés ont tous été très surpris de lire qu'il fallait suivre une résidence d'au moins 12 mois dans une faculté de médecine¹¹². Cette information n'est pas tout à fait exacte, il n'existe aucune résidence de 12 mois « parce que le collège des médecins de famille du Canada exige 24 mois pour pouvoir avoir le certificat comme tout le monde. » (UL)¹¹³

L'information sur la durée de la formation postdoctorale a été modifiée sur le formulaire de 2018, mais il est encore fait mention de 12 mois, et non pas 24 mois de formation minimale : « réussir ensuite une formation postdoctorale (ou résidence) d'une durée de 12 à 84 mois en médecine de famille ou en spécialité ». Cela reste donc une information incorrecte qui minimise la durée du processus de reconnaissance des compétences. Pour une personne immigrante, un an de plus dans les démarches et le processus, alors qu'elle ne l'avait pas prévu, peut entraîner des conséquences financières importantes notamment, ou dans le choix de se lancer dans le processus ou pas.

Concernant les DHCEU rencontrés, les réactions au document sont variées. La moitié d'entre eux se souviennent très bien du document et de l'avoir signé. Pour les autres, cela faisait partie d'une masse importante de documents à compléter pour le dossier d'immigration, donc ils n'ont pas forcément prêté attention à ce qu'ils signaient « J'ai regardé en diagonale le document » (Youssef), certains ne pensent même pas l'avoir signé « Je ne crois pas que je l'ai complété. [...]. Je ne crois pas que je l'ai signé. [...] Mais encore, que cette déclaration, peut-être que je l'ai signée. Mais non,

¹¹¹Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. Formulaire A-0527-KF (2018-10), https://services.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/dcs/Immigration-Quebec_A0527KF.pdf

¹¹² Formulation 2004 et 2012 : « 2. réussir ensuite une formation postdoctorale (ou résidence) d'une durée minimale de douze (12) mois en médecine de famille ou en spécialité; » (Annexe 9 et Annexe 10).

¹¹³ Règlement sur les conditions et modalités de délivrance du permis et des certificats de spécialiste du Collège des médecins du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/M-9,%20r.%2020.1%20/>

je ne suis pas sûre de ma réponse quand même. C'est déjà beaucoup, beaucoup de papiers que j'ai remplis. Mais celui-là, je ne sais pas. » (Véronyka)

D'autres encore l'ont signé parce que leur avocat ou consultant en immigration leur a dit qu'il fallait signer, sans les informer de la réalité des exigences pour l'exercice de leur profession ou en leur faisant miroiter parfois des possibilités de travail assez éloignées de la réalité comme l'avocate de Eya qui lui a dit que « les médecins sont très en demande ici, il y a une grande pénurie de médecins. Et c'était comme le paradis sur terre pour [elle]. »

Finalement plusieurs ont signé parce que cela faisait partie du processus d'immigration, donc ils considéraient qu'ils n'avaient pas le choix que de signer, mais ils l'ont « signé à contrecœur » (Lina).

Certains des répondants avaient compris qu'il leur serait difficile d'exercer leur profession, mais pas impossible. Plusieurs gardaient espoir de pouvoir être médecin au Québec malgré les mises en garde formulées dans le formulaire, comme Emmanuel qui nous dit : « Mais comme on se dit, rien n'est impossible. »

Pour d'autres, c'était tout à fait normal de devoir se mettre à niveau puisqu'il y a un changement de pays et sans doute de pratique. Ils comprennent qu'il existe un organe de régulation, que la profession est réglementée et qu'ils vont devoir passer à travers plusieurs épreuves pour réussir. Ce sont souvent des personnes qui ont passé beaucoup d'examens dans leur vie et qui ont l'habitude de les réussir. Mais ils se rendent compte en arrivant ou lors de l'entrevue que leur perception de la situation avant de partir est bien différente de la réalité. Ils sont résilients, ils acceptent et « *assume[nt]* » la « responsabilité » de suivre les étapes de la reconnaissance de leurs compétences pour pouvoir exercer leur profession. Yasmine le résume ainsi : « Donc, j'ai trouvé ça, disons, normal, mais je crois que je n'avais pas conscience réellement de ce que ça impliquait. Oui, parce que j'ai l'habitude de passer des épreuves, j'ai fait ça toute ma vie, donc je m'étais dit que ce n'est pas ça qui va m'arrêter ... mais j'avais conscience de tout ça et je l'ai accepté. Donc, je ne me plaignais pas avec ça, je l'ai accepté, j'assume cette responsabilité. »

Puis, il y a ceux qui critiquent le contenu du formulaire. Ils considèrent que le message n'est pas clair et qu'il y manque de l'information. Selon eux, c'est un avertissement et une mise en garde, mais l'information concernant les conditions de reconnaissance des compétences n'est pas complète, le processus et les exigences ne sont pas suffisamment expliqués ou explicites, notamment concernant le test de français international (TFI) et le temps d'éloignement de la pratique qui sont des critères d'exclusion pour l'accès aux programmes de résidence. Youssef considère que cela « ne disait pas : si vous voulez pratiquer la médecine, allez faire les démarches.

Ça ne le disait pas du tout. » Layla déplore ainsi que « il ne faut pas être [éloigné de la pratique]. Ce n'est pas noté ici [...] aucune information sur les notes de TFI est dans le document. »

Certains critiquent le formulaire lui-même et le fait que seuls les DHCEU soient concernés par ce formulaire. En effet, dans les dossiers de demande de CSQ, on retrouve un formulaire¹¹⁴ concernant les professions et métiers réglementés, qui doit être signé par les candidats à l'immigration exerçant une des professions ou métiers listés dans ce document. Cependant, seuls les médecins doivent, en plus, signer un formulaire spécifique pour les DHCEU. Manuella, par exemple, trouve que c'est « discriminant » et « aberrant » comme « façon d'informer » et s'insurge sur le fait « qu'on mette l'accent dessus seulement pour les médecins et non pas les ingénieurs ».

Enfin, des participants à l'étude ont interprété le formulaire et l'information qu'il contient comme une attestation selon laquelle on « renonce » à la profession, comme Laura qui nous confie : « Ça, c'est là où je renonce à la pratique parce que c'est tellement difficile. »

À la lecture des commentaires sur le contenu du formulaire et la compréhension de ce que le contenu impliquait pour la reconnaissance de leurs compétences et l'exercice de leur profession, on peut se demander quel impact cela a eu sur le projet professionnel dans le projet d'immigration.

La lecture, la compréhension et la signature de ce document n'ont pas entamé l'espoir des participants d'exercer leur profession au Québec, dans un avenir plus ou moins lointain. Nombreux sont ceux qui se disaient que ce serait long, que ce serait ardu, mais cela n'a en rien modifié leur projet migratoire et professionnel au Québec. Ils ont signé en connaissance de cause, mais étaient persuadés qu'à plus ou moins long terme, il serait possible pour eux d'exercer leur profession au Québec. Ils étaient décidés à immigrer, même si cela voulait dire recommencer complètement une spécialité médicale et donc retourner aux études pendant plusieurs années, voire contourner le problème de la reconnaissance au Québec en allant faire la reconnaissance aux États-Unis d'abord. Par exemple, Emmanuel est parti de Côte d'Ivoire avec l'espoir « d'essayer un jour » d'exercer sa profession. Imène, elle, affirme « Je l'avais signé en connaissance de cause et, il restait un doute en moi, [...], je me suis dit bon, c'est pas grave, quand j'arriverai là-bas, je verrai ». Quant à Lina, elle témoigne « Je me disais : est-ce que ça en vaut vraiment la peine ? Mais bon, me connaissant, comme je ne m'arrête jamais à un point ou à un détail, donc, là, j'ai foncé tête baissée et j'espère qu'il en sortira quelque chose. [...] D'ailleurs, c'est simple, je me suis dit : tant qu'à faire, je passe par les États-Unis et je reviens ».

Les organismes qui accompagnent les DHCEU dans leur intégration professionnelle, et donc qui ont eu l'occasion d'échanger avec ces derniers au sujet du formulaire et des mises en garde notées dans

¹¹⁴ Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. Déclaration d'un candidat exerçant une profession ou un métier réglementé. https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/dcs/Immigration-Quebec_A0527JF.pdf

le document, constatent que, même informés, même prévenus, les DHCEU signent quand même et garde espoir de faire reconnaître leurs compétences et exercer un jour la médecine au Québec. Mais la réalité les rattrape et ils trouvent que c'est « SI difficile », « SI long » et « SI complexe ». (CREMCV)

Un petit nombre des répondants est parti avec l'idée de « *renoncer* » à leur profession mais au fond d'eux, la décision est loin d'être ferme et définitive. Il y a toujours un petit espoir en eux qui les anime comme Laura qui explique : « Oui, renoncer. Oui. [...] Non. La porte n'était pas complètement fermée ».

Finalement, quelques répondants ont, eux, décidé de se réorienter et de se préparer à une nouvelle carrière avant de partir au Québec, soit parce qu'ils étaient informés par leur réseau de difficultés rencontrées par les DHCEU pour exercer leur profession, soit parce qu'ils ne voulaient pas entrer dans un processus qui était trop long à leurs yeux et dans leur projet personnel d'immigration. Plusieurs se sont réorientés dans le domaine pharmaceutique avant de partir, comme Imène : « J'étais déjà au courant, mon ami m'avait prévenue. Donc, il m'avait, il m'avait préparée, donc je savais, ça faisait, les démarches d'immigration, ma décision d'immigrer, ça a pris tellement de temps que j'avais commencé à préparer le terrain, d'où ma reconversion dans le pharmaceutique ». D'autres ont profité de changer de pays pour changer de carrière et suivre des études dont ils avaient envie comme Youssef qui explique « Et d'un autre côté, je disais, qu'est-ce que j'ai envie de faire maintenant avant même de travailler avec le Canada, je voulais faire un MBA. Donc là, du coup, à un moment donné, je me dis, mais Youssef, tu as envie d'aller au Canada, tu as envie de faire un MBA, pourquoi tu vas le faire ici ? Attends d'aller là et fais-le là. Et c'est là que ça m'a heurté, je me suis inscrit à HEC Montréal pour faire mon MBA ici ». Cependant, ils ont rempli leur demande d'immigration comme médecins car le niveau de leur diplôme leur donnait les points nécessaires au CSQ, et souvent comme requérant principal. Donc ils ont signé le formulaire comme DHCEU ainsi que le souligne Imène : « Et donc ce n'était pas une surprise, ça, je le savais, il ne fallait juste pas que j'oublie de la signer et l'envoyer dans le dossier, c'est tout ».

3.1.3. *Légitimité et représentation de la sélection*

3.1.3.1. *Attentes professionnelles des immigrants*

Quel que soit leur statut migratoire (travailleur qualifié ou temporaire, réfugié ou parrainé), les DHCEU que nous avons rencontrés avaient, majoritairement, l'intention de faire reconnaître leurs compétences et exercer leur profession en arrivant au Québec.

Quand on interroge ceux qui ont été sélectionnés par le Québec, ils veulent être médecins au Québec, exercer cette profession qui les anime, qui les passionne, qui fait partie d'eux. Andréa

« adore [sa] profession à mourir, c'est une passion de vie. » Yasmine, elle, va « exercer [sa] profession, ça c'est certain. » Thomas a « regardé si [il] pouvai[t] d'abord travailler [comme médecin] parce que si [il] n'avai[t] pas pu, [il] ne serait pas venu. »

Ils ont fait des études très longues, entre 6 et 12 ans d'études universitaires, ils font partie « des élites » (Laura), ils avaient un statut social dans leur pays d'origine, ils étaient « reconnus. » (Hodan)

Ils viennent au Québec pour exercer leur profession, pour contribuer à la société, pour répondre à un besoin de main-d'œuvre et ils ont été sélectionnés.

En phase avec la vision des acteurs institutionnels, certains considèrent d'autres possibilités puisqu'ils ont des compétences, des études et une expérience professionnelle, ils vont s'en sortir, même s'ils doivent retourner aux études pour faire autre chose, comme Laura qui nous dit : « Alors j'avais zéro attente professionnelle. Je savais qu'est-ce que j'avais dans mon sac à dos, quelles compétences » ou encore Hodan qui nous confie : « je crois toujours, je peux vous dire la vérité, je crois toujours que seulement mes compétences vont me faciliter quelque chose. »

3.1.3.2. Représentation de la sélection par les acteurs et les DHCEU

Pour les acteurs institutionnels, la sélection des DHCEU, comme celle de tous les immigrants, se situe dans le cadre bien défini de répondre à des besoins de main-d'œuvre, idéalement francophone. Il est bien clair pour eux, nous l'avons vu plus haut, que les DHCEU ne sont pas sélectionnés pour exercer leur profession mais parce qu'ils ont un potentiel, c'est-à-dire un bagage professionnel et une éducation, qui leur permettra de gagner leur vie sans que cela soit obligatoirement comme médecin. Ils considèrent que ce message est clair et ne comporte aucune ambiguïté. La liste des domaines de formation et les points octroyés sont les outils, avec la grille de sélection, mis en œuvre pour se rassurer, légitimer leur choix et faire passer ce message. Ils ont conscience malgré tout que ce n'est pas le message perçu.

En général, non. C'est, 'ils m'ont sélectionné parce que j'étais pharmacien, je devrais pouvoir être pharmacien'. Non. Si on analyse ça froidement, la liste des domaines, ce n'est pas ça qu'elle dit. La liste des domaines ce qu'elle dit c'est : on vous a donné un bon pointage parce que vous allez bien gagner votre vie, ce n'est pas pareil. [...] Ce qui est une nuance importante, et ce n'est pas compris comme ça par la personne à l'étranger. (MIDI)

La liste des domaines de formation ne donne pas de points aux DHCEU, mais ils arrivent quand même à être sélectionnés, la plupart du temps parce qu'ils ont le maximum de points sur le niveau d'étude, parce qu'ils parlent français, et parce que le conjoint ou la conjointe a également un niveau d'études qui rapportent les points nécessaires au seuil de passage. Le MIDI essaie donc avec les

pointages et les données statistiques de s'assurer d'avoir les critères les plus objectifs et efficaces possible pour mesurer le potentiel des immigrants.

Parce qu'en général un diplômé en médecine de l'étranger, bon d'abord il va avoir le maximum pour le niveau de scolarité, il suffit qu'il parle français puis qu'il ait moins de 35 ans, puis quand bien même il aurait zéro au domaine de formation, il va être sélectionnés quand même. Mais on le prévient. Donc, c'est là, avec les données de la BDIM qu'on ajoute, qu'on vient donner les pointages sur les diplômes étrangers, cette opération quantitative, qui est en travail de base de données, qui se fait ici par quelqu'un avec SAS, qui est un logiciel de base de données, et révisé de façon qualitative, puis ça c'est quelque chose qu'on pourrait, qu'on souhaite développer davantage. C'est-à-dire que l'on ne veut pas retomber à l'époque où on était que dans les entrevues avec les intervenants, puis il y avait beaucoup, beaucoup de spéculations, puis ça manquait de rigueur. (MIDI)

Les immigrants calculent aussi et sont conscients que celui qui a le plus de points pourra porter le dossier d'immigration comme requérant principal, cela nous a été confirmé par plusieurs DHCEU lors des entrevues. De plus, les DHCEU qui viennent en famille ont également les points apportés par les enfants. S'ils ont l'aide d'un avocat, celui-ci les guide aussi pour présenter les dossiers en désignant le requérant principal qui « rapporte » le plus de points. Cela a été le cas de plusieurs de nos répondants.

Si pour les acteurs institutionnels, les DHCEU ne sont pas sélectionnées pour exercer leur profession mais pour leur potentiel à gagner leur vie, la perception de cette sélection par les immigrants est différente. En effet, ils considèrent qu'ils ont été sélectionnés par le gouvernement du Québec, selon les critères de la grille de sélection et des domaines de formation, et donc répondent aux besoins de la province. Le fait de totaliser le nombre de points nécessaires pour recevoir le CSQ leur donne l'impression d'avoir réussi une épreuve et donc d'être légitimement sélectionnés, selon un niveau d'études et une profession, sans compter les points obtenus pour la connaissance du français quand c'est le cas. Bien-sûr, leur profession n'est pas sur la liste des domaines de formation et ils ont rempli la déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis. Cependant, être médecin ne les désavantage pas. Si la majorité d'entre eux a bien conscience que ce ne sera pas facile, ils pensent pouvoir traverser ces épreuves.

Ceci est renforcé par le fait qu'ils ont été informés, souvent par leur réseau ou encore par les consultants en immigration qu'il y a une pénurie de main-d'œuvre dans le domaine de la santé, y compris de médecins. Ce qui questionne aussi sur le message envoyé par les consultants ou les avocats en immigration.

Ce message est nuancé par les acteurs institutionnels.

Parce que, il y a une espèce de double message que les gens reçoivent à l'étranger parce qu'ils lisent dans les journaux qu'il manque de médecins au Québec, il manque de médecins de famille, etc. Et quand ils rentrent dans le processus, ils pensent que ça va être très facile vu qu'il manque de médecins. Et ce n'est pas facile du tout, du tout. Fait que, ce genre de phrases-là, elle a été beaucoup influencée par les discussions qui ont eues lieu dans les années 2000. Parce qu'il y avait énormément de gens qui ne comprenaient pas pourquoi c'était si difficile d'entrer alors qu'on n'arrêtait pas de nous parler de pénurie, etc. (BCI)

Le vocabulaire utilisé par chacun montre les différences de perception. Le MIDI parle d'immigrants reçus, mais aucun des DHCEU rencontrés n'a utilisé ce vocabulaire. Ils parlent de sélection. Ils considèrent qu'en ayant été sélectionnés, ils ont été choisis et qu'ils pourront exercer leur profession.

Le MIDI se défend d'être dans un « jugement de valeur ». Avec la grille de sélection et les éléments qui sous-tendent la liste des domaines de formation comme les données de la BDIM sur le revenu des DHCEU, il définit les critères de sélection. Il n'évalue pas la qualité des compétences de l'individu qui est sélectionné, il évalue en quelque sorte la qualité des compétences d'immigration des individus ayant un potentiel de bien gagner leur vie.

Nous, on ne porte pas de jugement de valeur, on observe, puis les données des 10 dernières années nous disent diplômés de médecine, diplômés de l'étranger en médecine, et j'attire votre attention sur le fait que ce n'est pas le pourcentage des gens qui vont devenir médecin qu'on observe, c'est le revenu moyen puis le taux de sans-emploi. (MIDI)

Le MIDI estime se doter ainsi des outils les plus performants possibles pour légitimer la sélection. Cependant, ces outils ont leurs limites, ce que nous verrons dans la prochaine sous-section.

3.1.4. Limites des outils de sélection et de la coordination des acteurs

En 2011 déjà le Vérificateur général du Québec (2011) remettait en question l'efficacité de la grille de sélection des immigrants du programme régulier des travailleurs qualifiés. Comme elle permet d'évaluer un « potentiel », les immigrants peuvent être sélectionnés, comme les DHCEU, sans avoir de point dans la liste des domaines de formation. Ainsi, le Vérificateur général du Québec (2011, p. 3.3) fait état que, entre 2006 et 2008, « seulement 9 p. cent des candidats sélectionnés présentaient un profil répondant aux exigences dans les domaines de formation privilégiés par le Québec; 65 p. cent des travailleurs qualifiés sélectionnés n'ont eu aucun point pour le domaine de formation. La note de passage a été obtenue surtout grâce à d'autres caractéristiques (niveau de scolarité, âge et connaissance du français). » Ce qui est le cas des DHCEU que nous avons rencontrés, sélectionnés sur la grille de 2006 et même de ceux sélectionnés sur la grille de 2009, donc après les changements opérés par le MIDI.

Également, le formulaire que doivent remplir les DHCEU pour leur dossier d'immigration, formulaire unique aux DHCEU puisqu'il n'y en a pour aucune autre profession, ne freine pas leur désir d'immigration. Ils ne prennent pas la pleine conscience de la durée du processus et n'ont aucune idée du coût.

Ce formulaire est une sorte de dédouanement des institutions qui se déchargent de la responsabilité d'accompagner les DHCEU dans leur processus de reconnaissance. Pour eux le message est clair, en informant les DHCEU qu'ils pourraient ne pas exercer leur profession, ces derniers s'engagent dans un processus en étant informés et sont donc conscients des difficultés qu'ils pourraient rencontrer. Alors que pour les DHCEU, le message n'est pas si clair et ne les arrêtent pas dans leur processus. Quand le CMQ dit « Et que les candidats aient des attentes qui sont réalistes et qu'ils ne prennent pas d'engagement, ou qu'ils ne s'engagent pas dans un changement de vie qui est majeur, sans comprendre qu'il va y avoir certains, qu'il y a certaines étapes à franchir puis quelles sont ces étapes-là. Puis de bien connaître les différentes étapes, les différentes options. » Seulement ces étapes ne sont mentionnées nulle part dans le formulaire, ni même dans le dossier d'immigration.

De plus, le formulaire n'est pas connu des facultés de médecine, ce qui est surprenant puisque ce sont elles qui ont la responsabilité de la mise à niveau avant l'obtention du permis d'exercice dans un processus de demande de permis régulier. Le formulaire ne donne pas non plus d'information sur les différentes étapes à franchir, la durée réelle du parcours, ni les coûts que cela peut représenter.

Enfin, le formulaire est en français, donc ceux qui ne connaissent pas la langue avant d'arriver ou qui maîtrisent mal le français ont d'autant moins de chance de saisir la portée du message.

Le MIDI n'évalue pas les compétences des immigrants lors de cette sélection, ce n'est pas son objectif, ni dans ses compétences. Nous pouvons cependant questionner la volonté d'arrimage des besoins de main-d'œuvre et la réalité vécue par les immigrants, et spécifiquement des DHCEU. Des immigrants sélectionnés comme médecins et qui ont de la difficulté à faire reconnaître leurs compétences une fois arrivés au Québec et à exercer leur profession, ce n'est pas idéal comme arrimage au marché du travail. On peut se demander si ces professionnels, sélectionnés pour leur *potentiel à gagner leur vie* mais qui n'exercent pas comme médecin vont réussir à trouver un emploi à la hauteur de leurs compétences. En effet, avec un diplôme et une expérience de médecin, le choix de reconversion pour atteindre un même niveau professionnel et salarial est particulièrement limité.

Cette première section s'est intéressée à la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU durant le processus d'immigration. Nos résultats montrent que le MIFI se coordonne avec plusieurs autres acteurs et se dote d'outils d'évaluation des compétences des

DHCEU afin de réduire ses incertitudes sur le potentiel des candidats à l'immigration de bien gagner leur vie. Pour ce faire, il utilise une grille de sélection et une liste de domaines de formation dans lesquelles plusieurs points sont octroyés en fonction, entre autres, du niveau de diplôme, de la profession, de l'expérience ou encore de la connaissance du français des candidats à l'immigration. Pour bâtir ces deux outils, le MIFI travaille en étroite collaboration avec le MTESS et s'appuie sur trois sources : la *liste des professions en demande et les perspectives d'emploi* déterminées chaque année par le MTESS, les résultats de l'*Enquête Relance* sur la situation d'emploi des diplômés du MEES et les données de la BDIM de Statistique Canada sur les revenus des personnes immigrantes par profession. De plus, pour s'assurer que les DHCEU candidats à l'immigration comprennent bien qu'ils ne sont pas sélectionnés pour exercer leur profession mais pour leur potentiel à bien gagner leur vie, ils doivent signer la *Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis*, dans laquelle ils signifient qu'ils ont bien compris qu'ils devront faire reconnaître leurs compétences professionnelles, en retournant aux études si nécessaire et sans aucune assurance de pouvoir exercer leur profession de médecin au Québec.

Nos résultats montrent que, même si les médecins immigrants ne reçoivent plus de points pour leur domaine de formation, ils arrivent tout de même à en avoir suffisamment, notamment grâce à leur niveau de diplôme et aux autres critères, pour être sélectionnés par le MIFI. Également, la déclaration qu'ils doivent signer ne les empêche pas de penser qu'ils passeront à travers toutes les étapes pour exercer leur profession. Ils ont obtenu les points nécessaires pour être sélectionnés par le MIFI, comme médecins, ils considèrent donc qu'ils peuvent légitimement espérer exercer leur profession après la mise à niveau attendue par le Gouvernement.

Les outils et critères utilisés par le gouvernement Québécois pour la sélection des DHCEU montrent ici leurs limites : d'un côté le MIFI évalue le potentiel des candidats à l'immigration à bien gagner leur vie en arrivant au Québec et de l'autre, les DHCEU estiment qu'ils ont été sélectionnés comme médecins et s'attendent à exercer leur profession en s'installant dans la province.

Après le processus d'immigration, nous examinons dans une deuxième section, le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU.

3.2. Durant le processus de reconnaissance des compétences

Dans cette deuxième section, nous passons en revue les différentes étapes par lesquelles les DHCEU doivent passer pour faire reconnaître leurs compétences et obtenir leur permis d'exercice du Collège des médecins du Québec (CMQ) afin de pouvoir exercer leur profession. Nous y présentons également les acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU, les outils et

critères qu'ils mettent en œuvre pour évaluer les compétences des DHCEU afin de réduire leurs incertitudes et la façon dont ils se coordonnent pour ce faire.

Cette section est découpée en quatre sous-sections. Premièrement, nous présentons la reconnaissance des compétences à travers les examens de contrôle des compétences médicales. Nous détaillons les outils et les critères mis en œuvre par les différents acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU, soit le référentiel de compétences CanMEDS et les différents examens que doivent réussir les DHCEU. Nous faisons également état des blocages vécus par les DHCEU ainsi que des éléments facilitant leur processus. Cette première étape mène à l'obtention de l'équivalence du diplôme MD délivrée aux DHCEU par le CMQ. Deuxièmement, nous précisons les épreuves par lesquelles les DHCEU doivent passer pour retourner aux études et faire leur résidence, en fonction de la voie de reconnaissance des compétences choisie. Nous expliquons le processus de jumelage du CaRMS pour entrer en résidence, exposons le programme du CÉDIS mis en œuvre pour accompagner les DHCEU ayant échoué au CaRMS et spécifions les stages que doivent réaliser les DHCEU en fonction de la voie de reconnaissance des compétences choisie. Les blocages et les éléments facilitant le processus durant ces épreuves sont également mis de l'avant. Cette deuxième étape conduit à l'obtention du permis d'exercice délivré par le CMQ. Troisièmement, nous examinons la légitimité des DHCEU et la reconnaissance institutionnelle des compétences en demandant pourquoi certains médecins doivent recommencer leur résidence pour exercer une profession qu'ils exerçaient déjà dans leur pays d'origine. Quatrièmement, enfin, nous nous arrêtons sur la question linguistique en détaillant les exigences des acteurs et l'évaluation du français et la perception des DHCEU de toutes ces épreuves.

3.2.1. Reconnaître les compétences

Comme le souligne le Vérificateur général du Québec (2011, p. 3.64) dans son rapport,

[c]e sont les établissements d'enseignement, les ordres professionnels, les organismes régissant les métiers réglementés et les employeurs eux-mêmes qui reconnaissent ou non les acquis d'un nouvel arrivant. Selon les exigences des différents ordres professionnels, il peut être nécessaire pour un travailleur qualifié admis de réussir des examens de contrôle de ses connaissances ou des formations d'appoint pour obtenir un permis d'exercice.

Cependant, concernant la profession de médecin, les examens de contrôle se font au niveau canadien. En effet, le référentiel de compétences médicales utilisé au Canada dans les facultés de médecine et auprès des organes de réglementation provinciaux est canadien. Il s'agit de CanMEDS. De plus, c'est le Conseil médical du Canada (CMC) qui gère les examens pour le Collège Royal et le Collège des médecins de famille du Canada dans chacune des provinces.

En revanche, les examens de langue, donc d'évaluation des compétences en français des DHCEU, et leur mise à niveau sont de compétence provinciale. C'est l'Office québécois de la langue française qui s'occupe de l'examen de français, le MIDI quant à lui offre des sessions de francisation.

3.2.1.1. Référentiel de compétences : CanMEDS

Les référentiels de compétences sont utilisés par les établissements d'enseignement pour établir leurs *curriculum* de cours. Ils sont un outil de coordination permettant aux utilisateurs concernés de se mettre d'accord sur des normes de qualité concernant les compétences à acquérir dans les matières enseignées et donc à préparer les évaluations de ces compétences lors d'examens. Un référentiel de compétences est donc un document normatif.

Au Québec, le référentiel de compétences utilisé pour les médecins est le CanMEDS, outil réalisé par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal). Le Collège royal « *joue un rôle pivot dans la définition des normes nationales sur l'éducation, l'évaluation et la certification des spécialistes de la médecine et de la chirurgie dans 60 spécialités et programmes spéciaux* » et sa mission « *porte avant tout sur l'éducation et l'application de normes rigoureuses.* » (Frank, 2005). Le Collège royal se présente comme une « *organisation de médecins spécialistes vouée à l'établissement de standards élevés et à la qualité de soins de santé*¹¹⁵. »

CanMEDS trouve son origine dans les années 1990 et le travail de réflexion entamé par le Collège royal pour mieux préparer les médecins à répondre aux besoins des patients avec une médecine « de qualité ». Le Collège royal s'est appuyé sur un projet existant, Educating Future Physicians for Ontario Project (CMQ) et le Groupe de travail sur les besoins sociétaux a été mis sur pied avec pour mandat de « cerner les compétences génériques de base de tous les spécialistes pour répondre aux besoins de la société » (Frank, 2005, p. 2). Selon eux, il n'était plus « acceptable de centrer la formation uniquement sur l'expertise médicale parce qu'il faut également que le médecin démontre plein de compétences transversales » (CMQ).

Selon le rédacteur du référentiel, « CanMEDS est fondamentalement une initiative qui vise à améliorer les soins dispensés aux patients et cherche avant tout à énoncer une définition détaillée des compétences nécessaires à l'éducation en médecine et à la pratique. » (Frank, 2005, p. 1). La première version du référentiel CanMEDS¹¹⁶ a été publiée en 1996 et mise en œuvre à travers tout le Canada. Une deuxième version (Frank, 2005), révisée par des groupes d'experts issus

¹¹⁵ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. À propos. Statuts.

<https://www.royalcollege.ca/rcsite/about/governance/bylaw-no-20-f>

¹¹⁶ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Histoire de CanMEDS.

<https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about/history-canmeds-f>

d'universités, de regroupements de médecins et d'organismes de réglementation fédéraux et provinciaux a été publiée en 2005. En 2018, lors de nos entrevues, les acteurs nous ont parlé de la troisième version de 2015 ayant cours (Frank et al., 2015). Toutes les versions du référentiel sont disponibles en français et en anglais. Même si la traduction en français par le Collège royal est considérée de qualité, le Collège des médecins a travaillé une version plus québécoise. Les participants à l'élaboration de ce référentiel sont assez fiers du travail accompli, ils ont « apporté la saveur québécoise » et selon eux « c'est vraiment un bijou CanMEDS 2015. C'est assez exceptionnel. » (CMQ)

Ce document normatif définit les compétences du médecin à travers les différents rôles qui lui sont attribués pour qu'il soit en mesure de prodiguer des soins de qualité, selon un cadre et des règles bien définis, et qu'il puisse devenir « l'expert médical » que l'on attend qu'il soit dans sa pratique. Le CMQ nous a confié à quel point cet outil est fondamental :

Bien, c'est le cœur de la formation médicale. Je ne sais pas comment vous le dire d'autre. C'est le cœur de la formation médicale. C'est l'essence. C'est l'identité du médecin. Toute la formation est basée sur les CanMEDS. C'est majeur. Un médecin ne peut pas se former s'il ne s'est pas basé sur les CanMEDS au Canada. (CMQ)

Plusieurs domaines de compétences sont déterminés dans le référentiel qui privilégie l'approche par compétences. Les sept rôles du médecin sont définis avec précision ainsi que les compétences qui y sont associées, tout comme les jalons « [guidant] l'apprentissage et l'évaluation et [marquant] la trajectoire de développement de la compétence tout au long de la carrière d'un médecin. » (Frank et al., 2015, p. 10)

Le projet de CanMEDS a ainsi permis d'établir les « normes pour le curriculum, l'enseignement et l'évaluation » dans toutes les facultés de médecine du Canada, de contribuer au « développement du corps professoral pour CanMEDS » avec des ateliers de formation, d'avoir « des ressources de recherche et développement » pour soutenir la mise en œuvre, l'évaluation et les révisions du référentiel et enfin d'établir un plan de « sensibilisation et de communications à l'utilisation de cet outil » (Frank et Danoff, 2007, p. 643 et 645). Tous ces éléments étaient des ingrédients essentiels dans le soutien et l'adoption et la diffusion du CanMEDS.

Selon le CMQ, CanMEDS a été « partagé » puis « adapté » en 2015 « dans le monde entier » et plusieurs autres professions « notamment les infirmières, les chiropraticiens, les adjoints au médecin, les pharmaciens et les vétérinaires, ont adopté CanMEDS dans des juridictions du monde entier. » (Frank et Danoff, 2007, p. 645)

Le Collège des médecins du Québec a activement collaboré à l'élaboration du référentiel CanMEDS, particulièrement la dernière version de 2015 avec le Collège royal et 11 autres organismes canadiens et québécois¹¹⁷. L'objectif avec cet outil c'est de « donner les meilleurs soins aux Canadiens » et que « les médecins soient les meilleurs pour les Canadiens. » (CMQ). Le Collège des médecins du Québec a adopté le CanMEDS 2015 et l'a adapté au contexte québécois. CanMEDS est la référence unique et absolue des normes et standards de la formation médicale au Canada, et donc au Québec.

Cette approche dite par compétences est questionnée par le Commissaire. Si le CMQ insiste sur le degré d'adaptation à la pratique québécoise, le Commissaire s'interroge sur « le degré de raffinement de cet outil-là. Parce qu'on peut se faire une grille de compétences, mais est-ce que c'est vraiment l'approche par compétences. On peut se faire un référentiel racine, mais après il faut le décliner en référentiel de formation, pour le bénéfice des établissements d'enseignement. » Selon lui, l'approche par compétences a « beaucoup d'avantages », cependant il convient de ne pas aller trop loin car « c'est la course à l'outil parfait, la course à la micro-précision qui fait que, on érige plein de barrières. ».

Les facultés de médecine québécoises et le Collège des médecins sont très fiers de cet outil et du partenariat avec le Canada. L'UdM souligne que « la force du nombre » de partenaires ayant travaillé sur le document fait de CanMEDS un « référentiel [d'] une très grande qualité ». C'est même un avantage car les « facultés sont agréées par un organisme canadien qui est le Collège Royal » ce qui fait que « c'est très présent, dans l'éducation médicale pré doctorale, post doctorale, le développement professionnel continu, contrairement aux autres provinces. » (UdM). Selon l'UdM, l'accréditation par un organisme canadien et une validation par le CMQ, « [c]'est le meilleur des deux mondes en fait. »

Le référentiel initial CanMEDS du Collège royal a inspiré le Collège de médecine familiale du Canada. Il y a donc deux référentiels canadiens, mais qui ont la même base, avec les spécificités médicales relatives à chacune des professions en termes de compétences.

CanMEDS sert de référence non seulement pour la formation des médecins, mais également à leur évaluation. Ainsi, afin de répondre à son mandat de protection du public par notamment une formation de qualité de ses membres validée par des examens, le Collège des médecins du Québec s'appuie sur le référentiel CanMEDS lors de ses évaluations.

¹¹⁷ L'Association canadienne de protection médicale, l'Association des facultés de médecine du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, le Conseil médical du Canada, la Fédération des étudiants et des étudiantes du Canada, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération des ordres de médecins du Canada, la Fédération médicale étudiante du Québec, l'Institut canadien pour la sécurité des patients et les Médecins résidents du Canada.

Évidemment, tous les acteurs institutionnels concernés par la reconnaissance des compétences des DHCEU connaissent bien le référentiel. Les organismes qui accueillent les immigrants pour les accompagner dans leur intégration en emploi ne le connaissent pas, et donc ne peuvent pas en parler aux DHCEU, sauf le CREMCV qui gère un programme d'accompagnement de personnes dans le domaine de la santé. Aucun des DHCEU rencontrés n'a mentionné le référentiel de compétences CanMEDS même si certains en ont entendu parler lors de la journée d'information pour les DHCEU ou lors de la préparation aux entrevues offerte par le CÉDIS et dispensée par l'organisme CREMCV. Il semble qu'ils n'ont aucune idée de ce que c'est, de la façon dont il est utilisé dans les évaluations et encore moins de ce que sont les rôles du médecin définis dans CanMEDS. Alors que, selon le CMQ, les médecins qui ont étudié la médecine à l'étranger savent ce que c'est que le CanMEDS et que les étudiants qui étudient dans une faculté québécoise connaissent le référentiel dès la première année du doctorat, voire au cégep ou au secondaire.

(CMQ) Mais je vous dirais même que les étudiants, quand ils font leur admission en médecine, connaissent le CanMEDS avant d'aller à leur entrevue d'admission. Ils connaissent tout ça, les étudiants à l'école secondaire, puis tout ça. Ils savent que la médecine, c'est le CanMEDS. Fait qu'ils le lisent avant d'aller aux admissions en médecine [...] Moi je connais des étudiants au cégep qui connaissent le CanMEDS. [...] je sais qu'en Moyen-Orient, ils sont tous au courant, en Amérique du Sud pas mal, en Chine, ils sont pas mal au courant.

Le fait que le référentiel soit disponible sur internet et que ce soit un document normatif commun au Canada, une convention bien établie au Canada dans le milieu de la formation de la médecine, donne à penser à ses utilisateurs canadiens et québécois que tout le monde le connaît. Selon eux, les DHCEU, lorsqu'ils effectuent leurs recherches pour venir s'installer et travailler au Canada et au Québec, vont forcément connaître son existence et en prendre connaissance avant d'arriver pour se préparer.

Mais si un médecin de l'extérieur du Canada a l'intention de venir pratiquer au Québec, il va juste taper médecine au Québec, puis je ne sais pas mais il me semble que le CanMEDS va sortir vite un moment donné. Si la personne est habituée de chercher un peu sur internet, que c'est le fondement de la formation. Moi, si je veux aller pratiquer ailleurs, je vais regarder beaucoup comment les gens sont formés. Il va tomber sur le CanMEDS assez vite, j'imagine, parce que c'est le fondement de la formation. (CMQ)

Cependant, le BCI, qui s'est rendu compte que les DHCEU ne connaissaient pas CanMEDS, a intégré dans la journée d'information organisée pour les DHCEU une présentation de l'outil. En revanche, cette activité arrive bien loin dans le processus de reconnaissance des compétences.

Un des acteurs que nous avons rencontrés et qui a demandé l'anonymat à ce sujet nous a confié que même si on informe les DHCEU de l'existence du CanMEDS, ils doivent étudier et se mettre à niveau seuls, sans aucune aide ni aucune explication sur l'utilisation de CanMEDS dans les

évaluations et les entrevues pour l'entrée en résidence. Ce qui les désavantage par rapport aux diplômés du Québec. En effet, comme le souligne l'UdM, « toutes les compétences attendues sont déclinées via le cadre conceptuel du CanMEDS » et plusieurs compétences de CanMEDS, évaluées durant la résidence ne sont pas bien connues des DHCEU. Le résultat, c'est que « c'est beaucoup des notions d'éthique, de communication, de collaboration. » Au fil du temps, les facultés ont constaté que « les résidents qui avaient de la difficulté, des DHCEU qui avaient de la difficulté à s'intégrer dans la formation et à graduer, ça bloquait beaucoup sur ces éléments-là. » (UdM)

3.2.1.2. Examens CMC

Comme illustré dans la Figure 15, les DHCEU doivent réussir plusieurs examens visant à démontrer qu'ils ont les compétences attendues et conformes aux standards canadiens pour exercer leur profession. Ces examens sont les mêmes que ceux que doivent passer les étudiants faisant leurs études doctorales au Québec. Le CMQ, afin de valider les compétences des DHCEU, leur demande donc de passer et de réussir les examens du Conseil médical du Canada (CMC) afin de leur délivrer une reconnaissance de leurs compétences au niveau doctoral. Les examens du CMC sont calibrés d'après le référentiel de compétences CanMEDS.

Ainsi donc, une fois la demande d'ouverture de dossier qui se fait auprès du CMC, donc au niveau canadien, les DHCEU peuvent se préparer et s'inscrire pour ces examens pendant que le CMC procède à la vérification des diplômes.

Les DHCEU doivent réussir trois examens avant de recevoir leur équivalence du diplôme MD du Collège des médecins du Québec : l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC), l'examen d'aptitude partie 1 du CMC (EACMC1) et l'examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) qui est un examen de type ECOS (Élaboration de cas d'examen clinique objectif structuré)¹¹⁸. Certains DHCEU décident parfois de passer un quatrième examen, l'examen d'aptitude partie 2 du CMC (EACMC2) qui n'est pas obligatoire à cette étape mais que les étudiants en médecine doivent réussir lors de leur résidence.

3.2.1.2.1. EECMC

L'examen d'évaluation du CMC était un examen de sélection permettant :

[..] d'évaluer les connaissances médicales de base et les compétences en résolution de problèmes que possède un candidat par rapport au niveau de compétences minimal exigé d'un étudiant en médecine ayant suivi sa formation au Canada et qui se prépare à exercer sous supervision. Cet examen fournit aux candidats une évaluation de la probabilité de leur réussite dans le système canadien. Il ne comporte pas de contenu spécifiquement canadien. [...] Jusqu'à 2018, une réussite à cet examen était une

¹¹⁸ Nous avons présenté les ECOS dans le chapitre théorique.

exigence préalable pour les diplômés internationaux en médecine (DIM) qui souhaitaient se présenter à l'EACMC, partie I, et il constituait également l'exigence minimale requise pour les DIM qui souhaitaient entreprendre une formation postdoctorale en médecine au Canada.¹¹⁹

Le EECMC n'est plus demandé depuis 2019, mais nous l'avons pris en considération dans notre étude puisque nos répondants sont arrivés au Québec entre 2008 et 2018 et ceux qui ont entamé un processus de reconnaissance dans le parcours du permis régulier ont dû le passer et le réussir.

Puisque cet examen était offert dans plusieurs pays et qu'il n'était pas nécessaire d'être arrivé au Canada pour le passer, certains de nos répondants ont pu commencer avec cet examen les démarches de reconnaissance, dans leur pays d'origine ou un pays frontalier, durant le processus de demande d'immigration. Il se donnait cinq fois par an, dans les capitales de 80 pays seulement, et coûtait, en 2018, 1820\$. Seulement deux des 22 DHCEU rencontrés ont passé l'EECMC avant de partir. Il n'est pas sûr que tous aient eu l'information ou bien la possibilité de se rendre dans un centre d'évaluation pour passer l'examen. En effet, nos répondants n'habitaient pas tous dans une capitale, ni même dans un pays accueillant un centre d'examen.

Certains acteurs pensent que les DHCEU commencent leurs démarches de reconnaissance avant de partir et ont donc réussi le EECMC.

Lorsque nous avons rencontré les facultés de médecine francophones du Québec, nous avons appris que, pour cet examen, les DHCEU n'était pas évalués de la même façon que les étudiants du doctorat en médecine des quatre facultés québécoises.

En fait, ça c'est tout nouveau, ça fait un ou deux ans que l'examen est maintenant le même. Parce qu'avant ça, l'examen qu'ils faisaient au Conseil médical canadien n'était pas le même. Donc il, c'était un examen qui était plus facile. Mais ils utilisaient cet examen-là pour faire la démonstration qu'ils avaient acquis des compétences nécessaires pour commencer un programme de résidence. [...] Alors, moi, j'exerce un jugement de valeur en disant qu'il était plus facile. Je faisais partie du comité qui sélectionnait les questions, et le mandat c'était de le faire, de ne pas avoir les mêmes attentes que les gens qui avaient gradué dans nos facultés. Maintenant, c'est le même examen auquel ils vont devoir se soumettre (UdM)

Le fait d'offrir le même examen, selon nos répondants, permet de comparer les compétences des DHCEU avec celles des diplômés québécois. Cependant, c'est une comparaison qui ne tient pas compte de l'expérience professionnelle des DHCEU et on les compare avec des jeunes qui sont encore en apprentissage.

¹¹⁹ Cette information n'est plus disponible sur le site du CMC puisque ce dernier a décidé d'offrir l'EACMC partie I dans plus de pays et plus que deux fois par année, et qu'il a été décidé de supprimer progressivement l'EECMC.
<https://mcc.ca/fr/news/phasing-out-of-the-mccee/>.

[L]e Conseil médical canadien, est un acteur important pour, en ayant pris cette décision-là d'offrir le même examen que nos gradués, moi je pense que cela a été un pas extrêmement important. Parce que là maintenant, ça nous permet de comparer des pommes avec des pommes. Donc, un candidat qui nous fait la démonstration qu'il y a eu telle note, pas juste qu'il a passé, mais qu'il a eu telle note, il fait la démonstration que sa formation initiale elle est comparable, en fait, le résultat de la formation, quelle que soit la façon dont il l'a acquise, est comparable. Donc son corps de compétences théoriques est le même que n'importe quel autre jeune qui provient d'une faculté de médecine canadienne. Ce que cela ne mesure pas, ou très peu, c'est tout le contexte clinique. Mais, bon, mais ça on est tous là pour enseigner. Alors, moi je pense que en faisant ça, ça a aidé beaucoup. (UdM)

Il s'agit ici de compétences théoriques. On peut se demander si les médecins formés au Québec qui passeraient cet examen plusieurs années après leurs études le réussiraient de nouveau. C'est d'ailleurs le commentaire que nous a fait Thomas : « [e]n fait, il n'y a pas un seul médecin du service qui aujourd'hui, si on leur demande de repasser l'examen, qui l'aurait en fait. C'est comme de repasser le bac. C'est comme si, moi au début, c'est un peu comme si moi aujourd'hui, je devais repasser mon internat. »

Le Commissaire est aussi critique sur cet examen qui servirait à « tamiser un peu les entrées » : « [...] il y a un premier examen de connaissances générales. Si tu ne réussis pas ça, ça ne sert à rien de passer aux autres étapes parce que ça veut dire que tu ne connais rien, ou que tu ne connais pas suffisamment, alors va faire un vrai cours, puis tu nous reviendras après. Donc un premier examen comme ça pour tamiser un peu les entrées. »

Nous avons listé dans le Tableau 39 les parcours de reconnaissance de nos répondants ainsi que le nombre de tentatives de l'ECCMC entreprises. Parmi les 22 DHCEU que nous avons rencontrés, 12 seulement ont tenté de passer l'ECCMC. 9 d'entre eux l'ont réussi du premier coup et ont continué leurs démarches, 1 a échoué et a abandonné les démarches. Enfin, 2 de nos répondants ont réussi à la deuxième tentative et ont poursuivi leur processus.

Tableau 39 : Tentatives EECMC

Code prénom	EECMC	Stratégie
Ali	1	Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif
Ana	1	Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5
Andrès	1	Démarche CMQ régulier
Hodan	1	Démarches en cours - en attente résultats exam1
Véronyka	1	Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS
Manuella	1	Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence
Layla	1	Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours
Eya	1	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence
Kensia	1	Stage CÉDIS prévu début 2019
Yasmine	1	Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile
Lina	2	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant
Andréa	2	Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD
Mary	n.a.	Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019
Thomas	n.a.	Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente
Divine	R	Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire
Emmanuel	R	Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD
Mohamed	R	Retour aux études - Doctorat MD
Sabrina	R	Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment
Imène	R	Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)
Youssef	0	Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie
Laura	0	Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer
Dima	0	N'a pas fait les démarches - Démarches OIIQ AEC pour exercer comme infirmier

Légende : 0, 1 et 2 : nombre de tentatives pour réussir l'EECMC ; R : retour aux études ; n.a. : non applicable.

Une fois le EECMC obtenu, les DHCEU doivent réussir l'EACMC partie 1, c'est-à-dire le même examen que passent les étudiants du doctorat en médecine.

3.2.1.2.2. EACMC partie I

Le EACMC1 est le deuxième examen que doivent réussir les DHCEU dans le processus de reconnaissance des compétences pour l'obtention d'un permis d'exercice régulier du CMQ.

L'EACMC, partie I, est un examen-bilan qui permet d'évaluer les connaissances médicales essentielles et la prise de décisions cliniques d'un candidat par rapport au niveau attendu d'un étudiant en médecine qui obtient son diplôme de médecine au Canada. L'examen se fonde sur les Objectifs du CMC, eux-mêmes répartis selon les divers rôles CanMEDS. Les candidats ayant obtenu leur diplôme en médecine et réussi l'EACMC, partie I, commencent généralement à exercer sous supervision. Outre les processus d'agrément officiels des programmes de formation prédoctorale et postdoctorale, l'EACMC, partie I, est la seule norme nationale commune à toutes les facultés de médecine du Canada. Par conséquent, il se déroule à la toute fin des études de médecine¹²⁰.

Jusqu'en 2018, cet examen devait être passé au Canada et se donnait 2 fois par an. Depuis la suppression du EECMC, il est possible de le passer en dehors du Canada. Le Conseil médical du Canada (CMC) a prévu 4 sessions pour 2020 et 5 sessions par an en 2021¹²¹. C'est l'examen du processus de reconnaissance qui coûte le moins cher, 1230\$ en 2018.

¹²⁰ Site du Conseil médical du Canada. *Qu'est-ce que l'EACMC partie I?* <https://mcc.ca/fr/examens/eacmc-partie-i/>

¹²¹ La pandémie de COVID19 a quelque peu bouleversé ces prévisions. Les candidats sont informés sur le site du CMC des modifications au fur et à mesure des aménagements mis en œuvre, en fonction des restrictions liées à la pandémie.

Concernant nos répondants, et comme on peut le constater dans le Tableau 40, les résultats des 11 DHCEU encore dans le processus de reconnaissance des compétences pour l'obtention d'un permis régulier du CMQ sont assez diversifiés. Mary avait prévu de passer son examen quelques temps après notre entrevue. Ali a réussi son examen à la troisième tentative. Cinq des DHCEU rencontrés, Ana, Andrès, Layla, Eya et Kensia ont eu besoin de deux tentatives pour réussir. Seulement trois de nos répondants ont réussi leur examen du premier coup : Véronyka, Manuella et Lina. Andréa quant à elle, après avoir échoué dans son parcours de permis restrictif, a fait deux tentatives avant de réussir le EECMC, elle n'a pas réussi son EACMC1. Elle a décidé de suivre une autre voie. Donc sur les 10 DHCEU qui ont tenté le EACMC1, une a échoué.

Tableau 40 : Tentatives EACMC1

Code prénom	EECMC	EACMC1	Stratégie
Ali	1	3	Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif
Ana	1	2	Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5
Andrès	1	2	Démarche CMQ régulier
Hodan	1		Démarches en cours - en attente résultats exam1
Véronyka	1	1	Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS
Manuella	1	1	Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence
Layla	1	2	Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours
Eya	1	2	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence
Kensia	1	2	Stage CÉDIS prévu début 2019
Yasmine	1		Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile
Lina	2	1	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant
Andréa	2	1	Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD
Mary	n.a.	1	Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019
Thomas	n.a.		Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente
Divine	R		Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire
Emmanuel	R		Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD
Mohamed	R		Retour aux études - Doctorat MD
Sabrina	R		Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment
Imène	R		Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)
Youssef	0		Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie
Laura	0		Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer
Dima	0		N'a pas fait les démarches - Démarches OIIQ AEC pour exercer comme infirmier

Une fois le EACMC partie 1 réussi, certains DHCEU choisissent de passer le EACMC partie 2, d'autres ont passé le CNE et certains ont tenté les deux.

3.2.1.2.3. EACMC partie II

L'EACMC partie II n'est pas obligatoire pour les DHCEU avant de tenter d'entrer en résidence. C'est un examen qui doit être réussi à la fin de la première année de résidence.

L'EACMC, partie II évalue les compétences essentielles d'un candidat consistant à appliquer ses connaissances médicales, à démontrer ses aptitudes cliniques, à élaborer des plans cliniques en vue d'analyses et examens ou d'un traitement, ainsi qu'à adopter des comportements et des attitudes professionnelles équivalant à ce qui est attendu d'un médecin commençant à exercer de façon indépendante au Canada. Les candidats doivent avoir réussi l'EACMC, partie I, et être en train de terminer leur formation postdoctorale (actuellement, on exige une année de formation postdoctorale)¹²².

¹²² Conseil médical du Canada. Qu'est-ce que l'EACMC partie II ? <https://mcc.ca/fr/examens/eacmc-partie-ii/>

Les facultés ont constaté que certains DHCEU avaient fait tous les examens avant l'entrée en résidence, même le EACMC partie II. La raison invoquée par nos répondants DHCEU est soit qu'ils ne savaient pas qu'on pouvait attendre d'être en résidence pour le passer, soit qu'ils voulaient bonifier leur dossier. Cet examen est offert deux fois par an et coûtait 2570\$ en 2018. Seuls deux de nos répondants, Eya et Andrès, ont passé cet examen en plus du CNE. Si Andrès l'a réussi du premier coup, il a fallu trois tentatives à Eya comme on peut le constater dans le tableau Tableau 41.

Tableau 41 : Tentatives EACMC2

Code prénom	EECMC	EACMC1	EACMC2	Stratégie
Ali	1	3		Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif
Ana	1	2		Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5
Andrès	1	2	1	Démarche CMQ régulier
Hodan	1			Démarches en cours - en attente résultats exam1
Véronyka	1	1		Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS
Manuella	1	1		Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence
Layla	1	2		Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours
Eya	1	2	3	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence
Kensia	1	2		Stage CÉDIS prévu début 2019
Yasmine	1			Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile
Lina	2	1		Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant
Andréa	2	1		Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD
Mary	n.a.	1		Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019
Thomas	n.a.			Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente
Divine	R			Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire
Emmanuel	R			Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD
Mohamed	R			Retour aux études - Doctorat MD
Sabrina	R			Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment
Imène	R			Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)
Youssef	0			Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie
Laura	0			Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer
Dima	0			N'a pas fait les démarches - Démarches OIIQ AEC pour exercer comme infirmier

3.2.1.2.4. CNE

L'examen de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE) est obligatoire pour tous les candidats qui veulent postuler en résidence au Canada, qu'ils soient diplômés du Canada ou DHCEU. Développé par le CMQ, le CNE est devenu, après « discussions avec les autres professionnels des autres provinces [...] un examen pancanadien. » (CÉDIS)

Le CNE se donne deux fois par an¹²³ et coûtait, en 2018, 2775\$. C'est l'examen le plus cher de tous ceux que doivent réussir les DHCEU. Les neuf DHCEU que nous avons rencontrés et qui ont continué le processus après avoir réussi le EACMC partie 1 ont tous obtenu le CNE, sept l'ont réussi à leur première tentative. Layla s'y est prise à deux fois, alors qu'il aura fallu trois tentatives à Eya afin de réussir (voir Tableau 42).

¹²³ La pandémie de COVID19 a bouleversé les sessions d'examen. On peut lire sur le site du CMC en date du 4 avril 2021 que « Malheureusement, nous ne sommes plus en mesure d'offrir l'examen de la CNE en mars 2021. Nous nous excusons des perturbations que cela a causées aux candidats. Dès que les détails sur les options d'examen à venir seront confirmés, le CMC informera les candidats et les intervenants et travaillera directement avec les candidats pour transférer leur demande d'examen à une session future. Si un candidat préfère retirer sa demande, un remboursement complet sera effectué. »

Tableau 42 : Tentatives CNE

Code prénom	EECMC	EACMC1	EACMC2	CNE	Stratégie
Ali	1	3		1	Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif
Ana	1	2		1	Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5
Andrès	1	2	1	1	Démarche CMQ régulier
Hodan	1				Démarches en cours - en attente résultats exam1
Véronyka	1	1		1	Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS
Manuella	1	1		1	Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence
Layla	1	2		2	Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours
Eya	1	2	3	1	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence
Kensia	1	2		1	Stage CÉDIS prévu début 2019
Yasmine	1				Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile
Lina	2	1		1	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant
Andréa	2	1			Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD
Mary	n.a.	1			Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019
Thomas	n.a.				Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente
Divine	R				Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire
Emmanuel	R				Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD
Mohamed	R				Retour aux études - Doctorat MD
Sabrina	R				Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment
Imène	R				Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)
Youssef	0				Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie
Laura	0				Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer
Dima	0				N'a pas fait les démarches - Démarches OIIQ/AEC pour exercer comme infirmier

Nous avons constaté que le CMQ n'est pas totalement autonome et indépendant du Canada concernant la reconnaissance des compétences des médecins au Québec. Selon le CMQ, il s'agit d'un « partenariat » avec le Collège Royal et le Collège des médecins de famille du Canada concernant la sanction de la fin des études en résidence et qui donne la certification du CMQ depuis 2007. Auparavant, les diplômés du Québec devaient non seulement passer l'examen du CMQ pour exercer au Québec, mais également celui du Collège Royal ou du CMFC. Il a donc été décidé « d'harmoniser » les examens tout en conservant les spécificités québécoises (CMQ). Les institutions collaborent donc pour « répondre aux normes de formation » canadiennes et québécoises concernant les contenus des formations au niveau de l'agrément. Le CMQ « siège » sur plusieurs comités avec le Collège royal et s'assure que les particularités du Québec soient prises en compte :

[O]n s'assure que ça fait partie du pool des contenus éventuels d'examens auxquels nos candidats doivent être capables de répondre également à l'avance. Ça, c'est géré en partenariat avec le Collège Royal. [...] Puis aussi tout l'agrément des programmes. Donc le Collège des médecins du Québec collabore avec les deux autres collèges pour tout ce qui est de l'agrément. Donc c'est toute l'inspection des programmes de formation pour s'assurer que ces programmes-là répondent aux normes de formation. Donc, le Collège des médecins est un partenaire à part entière avec les deux autres partenaires canadiens, de tout ce qui concerne les facultés de médecine du Québec et tous les programmes de formation que les facultés de médecine font en spécialité. (CMQ)

Le CMQ souligne que ce partenariat et cette collaboration sont importants car cela « détermine la qualité de la formation, c'est l'agrément des programmes de formation et l'établissement des normes de formation. »

Le CMQ est considéré « au même niveau » que le Collège royal et le Collège des médecins de famille du Canada, car il a dans son mandat de s'assurer que ses membres ont la formation requise pour exercer, ce qui n'est pas le cas dans les autres provinces.

Les autres provinces n'ont pas ça parce que nous, on a le mandat, le Collège des médecins, de faire le contrôle de la formation, ce que les autres provinces n'ont pas à cause de notre historique depuis 1847. Puis je pense que c'est en 1849 qu'il avait déjà le mandat en disant que le Collège doit contrôler la formation des études médicales.
(CMQ)

Le Commissaire questionne ce soi-disant partenariat et estime que cela manque de transparence. De plus, il estime que le CMQ devrait avoir une totale autonomie et une totale indépendance concernant l'évaluation des compétences des DHCEU, sans faire appel à des « tierce-parties ».

Après, ben c'est une série d'examens, mais aussi d'activités de formation, alors c'est une combinaison et ces examens-là sont construits par Conseil médical du Canada et les collèges royaux, donc le Collège Royal et le Collège canadien de médecine familiale. Alors des institutions sur lesquelles on a peu de contrôle, qui formulent leurs examens en tout secret parce que, sous prétexte d'en maintenir la validité métrologique, alors il y a des gros secrets là-dedans, mais, il y a quand même des référentiels de compétences qui sont examinés par les entités réglementaires provinciales. Le problème, c'est que, c'est ce que j'ai critiqué aussi parce que c'est une tierce partie, on a délégué à quelqu'un de faire l'examen et de le bonifier, on a beau être sur le comité, mais c'est une voie parmi d'autres, alors que les organes, les entités de réglementation professionnelles provinciales devraient avoir un droit de veto.
(Commissaire)

En déléguant les examens, le CMQ perd le contrôle total, alors que « la juridiction normative des professions, elle est provinciale dans la Constitution. » Selon le Commissaire, l'entité à qui on délègue « fait le travail que l'Ordre devrait faire. » Il conclut en disant que « pour ce qui est des médecins, c'est canadianisé. »

Durant cette première phase d'examens canadiens qui permettent aux acteurs d'évaluer les compétences des DHCEU, plusieurs blocages ont été identifiés par les DHCEU et les acteurs que nous avons rencontrés.

3.2.1.3. Les blocages

Les DHCEU que nous avons rencontrés se sont heurtés à des difficultés qui ont pu freiner ou ralentir leurs démarches, les amener à changer de stratégie ou tout simplement décider d'arrêter le processus de reconnaissance. Sabrina et Yasmine nous ont parlé de « blocages », Laura parle elle de « bouchons » dans le processus. Cela concerne le temps nécessaire pour passer tous les examens, la difficulté, le coût et la disponibilité des examens et des ressources pour la préparation et la mise à niveau et l'utilisation de l'anglais pour leurs révisions. Si pour certains DHCEU comme Lina ce fut

un « challenge » et une victoire personnelle de réussir des examens en anglais, la majorité d'entre eux a vécu un parcours « long » et « difficile ».

3.2.1.3.1. *La longueur du processus*

Comme nous l'avons vu précédemment, les premiers examens sont offerts dans plusieurs pays et le processus peut donc commencer avant l'arrivée au Québec, pendant le processus de demande d'immigration. Cependant, tous nos répondants n'étaient pas au courant de cette possibilité, les centres d'examens n'étaient pas dans leur pays ou étaient éloignés de leur lieu de résidence ou bien ils avaient décidé de commencer en arrivant pensant que ce serait plus facile. La majorité de nos répondants a donc débuté le processus de reconnaissance en arrivant au Québec.

Les DHCEU, comme les acteurs, ont insisté sur la longueur du processus due au fait de n'avoir que deux dates par an pour passer les examens, ce qui allonge les délais de reconnaissance. Lina a mentionné que le Canada pourrait s'inspirer de ce qui se fait aux États-Unis à ce niveau avec la possibilité de passer ses examens n'importe quand dans l'année.

Les DHCEU ont également mis de l'avant que, pendant qu'ils étudient pour les examens, il leur est difficile de travailler pour faire vivre leur famille. La majorité d'entre eux étaient pourvoyeurs dans leur pays d'origine et c'est une décision difficile pour eux de se consacrer aux études sans contribuer financièrement au ménage. Travailler et étudier en même temps allonge la durée du processus et les fait entrer dans un cercle vicieux.

Et il y a le fait de commencer à livrer des pizzas mais ça, c'est extrêmement éprouvant et en général, quand on commence à faire ça ou conduire un taxi, etc., on se retrouve à être médecin chauffeur de taxi ou livreur de pizzas après plusieurs années parce que la réalité vous empêche d'avancer plus vite. Et on a toujours besoin de plus d'argent parce que les enfants grandissent, parce que ceci, parce que cela. (Youssef)

Les femmes quant à elles ont mentionné une difficulté supplémentaire : élever des enfants, souvent en bas âge, en plus de travailler et d'étudier. Ce qui a conduit certaines comme Divine à arrêter son processus puisque, mère monoparentale, elle devait assurer la subsistance de ses deux filles en occupant trois emplois en même temps. Veronyka, elle, est « très fatiguée » car elle travaille de nuit, mais reste déterminée.

Si l'on regarde le parcours prescrit par les institutions, il semble pourtant possible de passer à travers le processus de reconnaissance pour obtenir l'équivalence du diplôme MD du CMQ : à raison de deux sessions par an et trois examens obligatoires, on peut obtenir l'équivalence du diplôme MD en 18 à 24 mois. Cela n'a été le cas d'aucun de nos répondants qui ont choisi la voie de la reconnaissance de la formation initiale. Ils ont expérimenté des parcours différents, mais cette première étape de la reconnaissance a pris jusqu'à 9 ans à certains de nos répondants comme Manuella.

3.2.1.3.2. *La difficulté des examens*

Les DHCEU ont mentionné, en plus de la durée du processus, la difficulté des examens. Yasmine, lorsqu'elle a complété le schéma à la fin de l'entrevue, a ajouté le commentaire suivant sur la case Examen : « Examens, d'abord. Il y en a trois, donc ça va être deux prochainement. Deux ou trois, on va mettre, deux ou trois, ou quatre, avant je pense que c'était quatre, mais ça, je ne sais plus, ça, je ne sais pas pour le quatrième. Très difficile. » Elle est d'ailleurs assez critique sur le contenu quand elle dit « les conditions dans lesquelles j'ai passé cet examen-là, où on m'a évalué sur des niaiseries, je m'excuse, et on m'a chronométrée. Est-ce que ça veut dire que quand je vais pratiquer, ça sera dans les mêmes conditions? Je ne peux pas travailler dans ces conditions-là. » Elle nous a également confié que, selon elle, l'examen du CMC en français est une mauvaise traduction de l'examen anglais et que cela a contribué à son échec.

[j]'ai oublié de préciser que c'était traduit de l'anglais au français. S'il l'avait laissé en anglais, je ne suis pas anglophone, je suis plus francophone, je l'aurais mieux compris l'examen. Les questions étaient très mal traduites, il y avait des tournures de phrase, juste de comprendre ce qu'ils veulent de moi, c'était comme, il y avait des termes aussi qui étaient utilisés, en tous les cas, on dirait juste une coche de plus, pour rendre les choses plus difficiles. [...], ce n'est pas le même français », mais ça fait quand même 10 ans que je suis ici, je connais le français québécois, c'est ni le français, français, ni le français québécois, c'est de l'anglais traduit en français, mais qui est difficile à comprendre. (Yasmine)

Pour elle, la structure de l'examen et la façon dont ils sont rédigés ne « reflète pas réellement la compétence des médecins ».

Plusieurs DHCEU ont mentionné que le dernier examen, le CNE, est le plus difficile et c'est très angoissant pour eux car il s'agit de la dernière épreuve avant d'avoir l'équivalence du diplôme MD du CMQ. Yasmine angoisse à l'avance : « c'est le dernier examen qui est pratique c'est le pire, c'est une journée [...], une journée, 12 stations, chronométrée avec, là, je le sais, je vais faire un ulcère d'estomac, une crise cardiaque, tellement que c'est stressant. » Pour Sabrina, le stress est tel qu'elle préfère s'abstenir pour le moment, car elle n'est prête « ni moralement, ni physiquement pour subir un stress pareil. »

Deux de nos répondants ont tempéré ces propos. Selon Hodan, « [l]es examens sont très difficiles, mais pas impossibles » et pour Layla, ces examens sont nécessaires pour que les immigrants comprennent qu'ils doivent changer leurs façons de travailler, car « la façon de faire la médecine, ce n'est pas la même. [...] si je veux pratiquer comme je pratique dans mon pays, ça ne marche pas ici avec les patients, avec la mentalité de la société, avec la mentalité du milieu de travail. »

Pour Lina, qui est allée passer ses examens aux États-Unis, donc en anglais, cela a été un accomplissement : « Moi je me suis sentie accomplie. Pour moi, c'était un challenge, moi je suis

francophone, nous, en Algérie, on fait toutes nos études en français, alors aller passer des examens en anglais ! »

Les étudiants en médecine sont des personnes ayant une bonne capacité de travail et qui vivent dans une culture de performance. Les acteurs institutionnels nous ont d'ailleurs parlé d'un « milieu compétitif » au Québec. La majorité de nos répondants sont eux aussi compétitifs. Ils étaient des premiers de classe dans leur pays d'origine, ce sont des personnes qui fonctionnent à la performance et qui vivent avec les examens du CMC leurs premiers échecs, ce qu'ils ont du mal à accepter. Yasmine, qui vient d'avoir son résultat, nous confie : « j'ai eu un échec. Donc, très, très grosse, je suis encore sous le choc aujourd'hui. » Ali, lui, précise : « J'ai participé deux fois et j'avais échec. C'était la première fois dans ma vie que j'avais un échec dans un examen. »

3.2.1.3.3. *Les coûts reliés à la mise à niveau*

Les DHCEU que nous avons rencontrés viennent pour la plupart de pays où la formation universitaire, quel que soit le domaine, est gratuite, ou quasiment gratuite. Dans certains pays, les médecins diplômés doivent effectuer une ou deux années de services pour le gouvernement puisque ce dernier finance leurs études. Ils n'ont jamais eu à payer pour passer un examen. Ils ont donc beaucoup de difficultés à appréhender ce système où tout est payant : l'étude des dossiers, la traduction de documents, les examens, la vérification des diplômes, etc. Si certains ont anticipé et mis de l'argent de côté pour ce faire, voire ont commencé à étudier et passé un examen avant de partir pendant l'étude de leur dossier d'immigration, la majorité tombe de haut. Certains choisissent d'avoir un emploi alimentaire pour payer les factures car ils étaient les pourvoyeurs du ménage dans leur pays d'origine et il est inconcevable pour eux de ne pas contribuer. Cela peut donc retarder les révisions pour les examens et la réussite des examens, ce qui entraîne des conséquences sur leurs chances d'accéder à la résidence.

Dans le Tableau 43, nous pouvons constater que la facture monte vite quand on fait l'addition des montants déboursés par nos répondants pour les examens qu'ils ont passés. Si l'on compare les dépenses de ceux qui ont complété le processus pour obtenir l'équivalence du diplôme MD du CMQ, les chiffres vont de 5 825\$ pour Véronyka et Manuella qui ont passé et réussi leurs trois examens obligatoires du premier coup, à 14 765\$ pour Eya qui a connu plusieurs échecs.

Tableau 43 : Récapitulatif des montants payés pour chaque examen

Code prénom	EECMC - 1820\$	EACMC1 - 1230\$	EACMC2 - 2570\$	CNE - 2775\$	Total examens
Ali	1 1 820,00 \$	3 3 690,00 \$	- \$	1 2 775,00 \$	8 285,00 \$
Ana	1 1 820,00 \$	2 2 460,00 \$	- \$	1 2 775,00 \$	7 055,00 \$
Andrès	1 1 820,00 \$	2 2 460,00 \$	1 2 570,00 \$	1 2 775,00 \$	9 625,00 \$
Hodan	1 1 820,00 \$	- \$	- \$	- \$	1 820,00 \$
Véronyka	1 1 820,00 \$	1 1 230,00 \$	- \$	1 2 775,00 \$	5 825,00 \$
Manuella	1 1 820,00 \$	1 1 230,00 \$	- \$	1 2 775,00 \$	5 825,00 \$
Layla	1 1 820,00 \$	2 2 460,00 \$	- \$	2 5 550,00 \$	9 830,00 \$
Eya	1 1 820,00 \$	2 2 460,00 \$	3 7 710,00 \$	1 2 775,00 \$	14 765,00 \$
Kensia	1 1 820,00 \$	2 2 460,00 \$	- \$	1 2 775,00 \$	7 055,00 \$
Yasmine	1 1 820,00 \$	- \$	- \$	- \$	1 820,00 \$
Lina	2 3 640,00 \$	1 1 230,00 \$	- \$	1 2 775,00 \$	7 645,00 \$
Andréa	2 3 640,00 \$	1 1 230,00 \$	- \$	- \$	4 870,00 \$
Mary	n.a.	1 1 230,00 \$	- \$	- \$	1 230,00 \$

Certains, comme Laura et l'UdM jugent que c'est un marché très lucratif pour le CMC.

À ces montants, il faut ajouter l'ouverture du dossier (800\$), la traduction des documents qui ne sont ni en français, ni en anglais, ainsi que d'autres dépenses pour les ressources de mise à niveau et de révision comme les achats de livres (généralement de 200 à 400\$ pour un ouvrage de référence) et de questions d'entraînement en ligne¹²⁴ (à partir de 120\$).

Ils ont payé également des personnes (entre 300 et 600\$ pour des cours de 1 à 2 jours à Montréal) ou des groupes privés (de 1000\$ à 2200\$) qui aident à préparer les questions d'examen et qui sont particulièrement chers. Plusieurs ont mentionné avoir utilisé les services de groupes comme *Les Anges de l'Espoir* ou *Sure Success*. Certains groupes sont à Montréal, d'autres à Toronto. Ils doivent donc ajouter les frais de déplacement et d'hébergement. Par exemple, Hodan est allée à Toronto pendant deux mois pour suivre les cours donnés par *Sure Success*. Elle a déboursé 2 200\$ pour les cours, plus la location d'un logement et les transports.

Ils investissent quand même dans cette mise à niveau pour mettre toutes les chances de leur côté, malgré le coût qui, si nous faisons la somme de toutes ces dépenses, peut s'élever à plus de 20 000\$. Certains acteurs connaissent l'existence de ces groupes d'entraînement, mais ne sont pas toujours au fait des montants que doivent déboursier les DHCEU. Cependant, plusieurs pensent que certaines structures font cela bénévolement.

Donc ils peuvent trouver de l'information entre eux. Ce sont des médecins qui contribuent entre eux pour s'informer. Ils échangent aussi des informations. Maintenant, je sais qu'il y a des associations aussi. Il y a des associations à but non lucratif, c'est du bénévolat qui aide ces médecins-là. Généralement, elles sont fondées par des médecins étrangers formés à l'étranger aussi. (MSSS)

¹²⁴ Conseil médical du Canada. Examens. EACMC I. Produits préparatoires. <https://mcc.ca/fr/examens/eacmc-partie-i/ressources-preparatoires/produits-preparatoires/>

Lorsqu'ils arrivent au Québec, les DHCEU n'ont pas d'historique de crédit, la plupart ne savent d'ailleurs pas ce que c'est. Il est donc très difficile pour eux d'obtenir des prêts ou des marges de crédit dans les banques. Du reste, la plupart d'entre eux viennent de pays où l'on n'a pas pour habitude d'utiliser le crédit, ils sont donc très réticents à se lancer dans ces démarches. Ils ne connaissent pas les programmes spéciaux pour eux de microcrédit, programmes qui ne sont pas non plus connus de la majorité des organismes d'accompagnement des immigrants.

3.2.1.3.4. La disponibilité des outils et des ressources de mise à niveau

Les DHCEU qui ont utilisé les ressources et les outils de mise à niveau ont souligné que, outre leur coût très élevé, ils sont mal informés de leur disponibilité, qu'« il n'y a nulle part où savoir cette information. C'est du bouche à oreille, vraiment. » (Eya) Ou bien encore, ils font des choix qui les pénalisent dans leur parcours, comme Eya qui nous explique : « Mais comme je n'étais pas bien informée, je ne savais pas quoi faire. J'ai pris l'aptitude 2¹²⁵ qui n'est pas vraiment adaptée à ma situation. Je l'ai passé trois fois, j'ai perdu comme un an et demi ou deux années. » Ils ont souvent connaissance de leur existence par leur réseau, ou même « par hasard. » (Eya)

Certains acteurs, s'ils trouvent que ces groupes sont pertinents, mentionnent que cela a pu donner lieu à des dérives par le passé, comme l'USH qui nous rapporte que « [o]n a malheureusement vu le côté moins chic de cette chose-là quand des gens se sont mis à vendre des questions d'examens. »

Un autre point mentionné par les DHCEU que nous avons rencontrés et sur lequel ils sont unanimes concerne la langue : les ressources documentaires de révision et de préparation des examens sont en anglais pour la très grande majorité. Et c'est une bien mauvaise surprise pour eux. Ils ont été sélectionnés pour leur connaissance du français, on leur a demandé d'aller en francisation pour pouvoir maîtriser la langue officielle du Québec, ils doivent passer plusieurs tests de français avant de pouvoir exercer leur profession mais la quasi-totalité des ressources de révision est en anglais. C'est un blocage supplémentaire pour ceux qui ne maîtrisent pas cette langue.

Mais ce que j'ai trouvé difficile premièrement, c'est la barrière de langue. Il faut être bilingue. Mais il exige juste le français. Mais les livres sont juste en anglais, les bons livres pour se préparer aux examens, il n'existe pas de livres en français. (Véronyka)

C'est pour cela que d'autres, comme Ali et Layla, font le choix de passer les examens en anglais pour mettre toutes les chances de réussite de leur côté.

¹²⁵ Elle fait référence à l'examen EACMC partie II du Conseil médical du Canada qui n'est pas obligatoire et que les étudiants doivent passer une fois qu'ils sont en résidence.

Mais ici, j'ai passé ces examens mais je les ai passés en anglais parce qu'il n'y a pas de ressources en français. Il n'y a pas de vraiment les références en français. Il faut vraiment cet examen en anglais. (Ali)

La liste disponible sur le site du CMC¹²⁶ en fait foi. L'ouvrage principal de révision, le *Toronto notes*, est en anglais, tout comme le Kaplan, autre ouvrage de référence à la préparation des examens américains et canadiens. Les facultés pensent que les ouvrages sont en français puisque le CMC est bilingue et donc selon eux doit proposer des références dans les deux langues. La révision en anglais est donc une difficulté supplémentaire, voire une barrière importante pour ceux qui ne maîtrisent pas cette langue. Une de nos répondantes a même traduit le livre en français pour pouvoir réviser.

Moi, je suis, bon, comme tout le monde peut-être ici au Canada, j'ai commencé à étudier, c'est un livre de 3000, 4000 pages, j'ai commencé à les traduire, ligne par ligne, en français. Je vous dis, vraiment, ce n'est pas facile. Ce n'est pas du tout facile mais j'ai commencé d'un côté à traduire. [...] D'un côté, moi, je suis en train d'étudier, j'étudiais vraiment ... bon, ça m'a pris huit mois pour traduire le livre dont je vous parle. Il s'appelle [inaudible]. C'est un gros livre de médecine. (Hodan)

Yasmine est assez critique quant à l'utilité des outils de mise à niveau référés par le CMC, comme si c'était une pratique délibérée d'embrouiller les candidats voire une « *information trompeuse* ».

Ce n'est pas vrai qu'en travaillant sur le Toronto notes on va réussir à l'examen. Et en plus, c'est tellement détaillé, le Toronto notes, ce n'est pas adapté. Et ça, c'est une référence, parmi tant d'autres qu'ils ont données. Donc, on vous donne de l'information, on vous donne l'impression qu'on vous donne tous les moyens, tous les outils pour y arriver, mais en fait, on fait que vous, que vous vous noyer dans une information qui est, on dirait qu'on fait exprès pour que vous vous perdiez là-dedans et que vous soyez complètement à côté de la plaque. (Yasmine)

Des ressources privées existent pour aider à la préparation des examens, ainsi que des programmes spécifiques d'accompagnement comme celui du CREMCV ou du CÉDIS. Cependant, ces ressources ne sont disponibles qu'à Montréal. Il n'y a absolument rien pour les DHCEU qui résident ailleurs dans la province, même pas dans les régions comme Québec ou Sherbrooke qui accueillent bon nombre d'immigrants, alors que le gouvernement du Québec privilégie de plus en plus la régionalisation de l'immigration. Veronyka, qui habite à Québec, « ne trouve rien » car « les groupes d'étude [sont] juste à Montréal. »

¹²⁶ Conseil médical du Canada. Examens. EACMC I. Liste de documents de référence. <https://mcc.ca/fr/examens/liste-des-documents-de-reference/>

3.2.1.4. Les facilitants

Notre analyse nous a permis d'identifier des facilitants dans le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU.

D'abord, la voie du permis restrictif est plus rapide pour les DHCEU qui n'ont que l'examen EACMC1 à réussir. L'examen américain est également accepté.

Pour les candidats ayant un diplôme français et bénéficiant de l'ARM signée entre la France et le Québec, c'est encore plus rapide puisqu'il n'y a pas d'examen du tout, comme le confirme le MSSS : « pour les médecins français qui bénéficient de l'entente ARM, [...] l'examen, la réussite de l'examen n'est pas obligatoire. Ils ne sont pas obligés de passer l'examen. »

Nous n'avons rencontré qu'un seul DHCEU qui soit passé par la voie du permis restrictif, Thomas, qui nous a expliqué que des « discussions » avaient eu lieu entre médecins québécois et médecins français bénéficiant de l'ARM parce que ces derniers n'avaient pas à passer d'examen.

Et avec une boîte de Pandore qui s'est ouverte avec des discussions, mais oui mais quand même, les médecins étrangers n'ont pas fait ce putain d'examen. Alors on a dû expliquer qu'on ne peut pas nous imposer ça parce qu'on a une formation aussi qu'on doit passer des concours. (Thomas)

Il aurait été pertinent d'avoir l'avis d'autres DHCEU ayant emprunté la voie du permis restrictif avec ou sans l'ARM pour pouvoir mettre l'accent sur ce qui facilite effectivement la reconnaissance des compétences des DHCEU dans cette voie.

Ensuite, les changements opérés par le CMC concernant l'annulation du EECMC à partir de 2019 et la possibilité annoncée de passer les examens plusieurs fois dans l'année plutôt que deux fois sont très bien accueillis par les DHCEU.

Manuella nous a mentionné également que la nouvelle façon de structurer l'examen EACMC1 et de répondre aux questions donnent plus de chances de réussite, même si « ça reste un examen difficile ».

Pour les facultés, ces changements sont positifs, notamment en ce qui concerne la décision du CMC d'offrir le même examen aux DHCEU que celui des gradués au Canada. Cela leur « permet de comparer des pommes avec des pommes » (UdM). Ils peuvent faire des comparaisons, les DHCEU pouvant ainsi faire « la démonstration que sa formation initiale elle est comparable, en fait, le résultat de la formation, quelle que soit la façon dont il l'a acquise, est comparable. Donc son corps de compétences théoriques est le même que n'importe quel autre jeune qui provient d'une faculté de médecine canadienne » (UdM).

Finalement, les groupes de mise à niveau, même s'ils sont très onéreux, sont appréciés par les DHCEU qui en sont satisfaits car cela les aide grandement à comprendre ce que l'on attend d'eux lors des examens.

Nous avons montré que certains blocages se dressent dans le parcours des DHCEU, mais qu'il existe tout de même des facilitants pour la reconnaissance de leur compétence. Nous avons constaté également que la perception de la connaissance du processus et les conséquences de ces blocages renforcent l'impression, pour les DHCEU, de traverser des épreuves.

3.2.1.5. « C'est beaucoup plus compliqué que j'ai imaginé avant » (Layla)

Nous constatons un écart important entre les acteurs et les PFE concernant l'information sur le processus de reconnaissance des compétences. Autant les acteurs considèrent que tout est disponible, clair, concis et évident, autant les DHCEU peuvent parfois être perdus dans toute la somme d'informations disséminées dans plusieurs endroits et qui n'a pas toujours de sens pour eux car elle est proposée dans un contexte qu'ils ne connaissent pas.

Ils sont pour certains frustrés et disent que c'est difficile de comprendre comment le processus s'articule alors que les acteurs pensent qu'ils n'ont qu'à chercher sur les sites internet et qu'ils trouveront tout ce dont ils ont besoin.

Ceux qui ont signé le formulaire pour les DHCEU dans leur dossier de demande d'immigration n'ont pas pris la mesure de ce qui les attendait à ce moment-là. Layla connaissait le processus avant de partir, mais elle n'avait pas idée de ce que ce serait en réalité : « C'est beaucoup plus compliqué que j'ai imaginé avant. [...] Je savais qu'il y a les examens. Je savais qu'il y a des examens, oui ... mais je pensais qu'à cette époque-là, ce n'était pas très difficile de s'intégrer dans le milieu du travail. »

Quand ils prennent conscience de ce qui les attend dans le processus, des coûts, de la durée, des contraintes dans le processus de la reconnaissance de la formation initiale, certains, comme Dima, choisissent de rester dans le domaine de la santé, mais changent de carrière, parce qu'à leur âge et avec les responsabilités de chef de famille qu'il a, il veut s'assurer de travailler rapidement.

Moi, je dis que ça, c'est très, très difficile. C'est pour ça que, moi, j'ai choisi un chemin qui était plus court pour moi, qui était plus facile, qui était moins coûteux. Puis qui, finalement, peut me donner une possibilité de travailler et assurer mon existence, puis assurer la sécurité de ma famille, ici, au Québec.[...] Moi, je suis arrivé j'avais 38 ans, 37 ans. Pour avoir encore des études, puis avoir un bon salaire, j'arrive à 44 ans, peut-être plus que ça. [...] C'est pour ça que j'ai choisi un autre chemin pour avoir de façon plus rapide une profession, quand même dans le domaine de la santé. (Dima)

D'autres, comme Mohamed, plus jeunes et sans famille à charge, choisissent stratégiquement la voie de l'externat.

Parce que je me suis renseigné et j'ai des amis qui l'ont fait, peut-être, quoi, 10%, 20% maximum qui a pu avoir un poste de résidence à la fin, malgré le fait d'avoir fini tous les examens. À l'époque, il y en avait trois, je ne sais pas si ça a changé. Les trois, en général, ça prenait trois ans pour les avoir, pour ceux que je côtoyais, il y a trois ans, quand ils étaient tous à fond, dans leurs études et tout. Et puis même quand ils finissaient d'avoir ces examens-là, ils rentraient dans un bassin de candidats et ils n'arrivaient pas nécessairement à avoir un poste en résidence. Donc, moi, je me suis dit : pourquoi faire trois années et puis ne pas être sûr d'avoir un poste en résidence ? Alors que si je fais 4 ans, j'ai un poste en résidence. » (Mohamed)

Lors de nos entrevues, nous avons relevé dans les propos de quelques DHCEU un sentiment d'« injustice » (Layla), de la « colère » (Yasmine) et de la déception comme Hodan, parlant d'une collègue d'étude, qui raconte : « Après avoir passé tellement de travail pour terminer les examens, elle n'avait pas trouvé de boulot. Et elle était un petit peu vraiment déçue, je peux dire, vraiment dégoûtée même. »

Aussi, le CREMCV estime que ce système est « pénalisant » pour les DHCEU car ils sont évalués sur des éléments qu'ils ne connaissent pas, alors que les étudiants formés au Québec évoluent dans ce système depuis longtemps et le connaissent.

Seuls trois des 22 DHCEU que nous avons rencontrés exerçaient leur profession au moment où nous avons réalisé les entrevues, soit Thomas, Ana et Andrès.

Thomas, qui est venu par la voie du permis restrictif, doit toujours se justifier de ne pas avoir passé les examens. Ana, elle, mentionne qu'elle reste toujours une « *International Medical Graduate* » administrativement, même après avoir eu sa licence de spécialiste délivrée par le Collège Royal.

Quant à Andrès, s'il a vécu de la frustration durant son parcours de reconnaissance, il semble avoir développé une certaine résilience, *a posteriori*. Il souligne cependant plusieurs fois que les DHCEU doivent « démontrer » qu'ils « sont bons ».

Mais au début je n'étais pas d'accord. Honnêtement, j'étais comme, j'ai comme de la déception, de la frustration à cause de ça. Mais j'ai bien compris que c'est des choses nécessaires. Je ne suis pas d'accord avec les prix, mais je suis d'accord les examens. Pourquoi? Parce que le premier examen qu'on passe, c'est un examen qui est fait pour voir si oui, vous venez d'ailleurs, vous devrez démontrer que vous êtes bon. Le deuxième examen, et les LCMCC partie 1, partie 2, c'est des examens qu'ils font même les étudiants canadiens. Donc je pense que c'est nécessaire que l'on passe aussi les mêmes examens. À mon avis, c'est correct parce qu'il faut démontrer qu'on est bon aussi, qu'on est au moins au même niveau. [...] Pour les examens de médecine, je pense que c'était correct. (Andrès)

Nous avons présenté dans cette première sous-section les outils et les critères d'évaluation que les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences ont mis en place pour s'assurer que les DHCEU ont les compétences attendues au Québec. Nous avons montré que le CMQ, qui délivre l'équivalence du diplôme MD, délègue à des tierces-parties canadiennes la responsabilité de cette évaluation, alors que cette responsabilité est de compétence provinciale. Ainsi plusieurs examens doivent être réussis par les DHCEU avant de pouvoir recevoir l'équivalence du diplôme MD par le CMQ. Nous avons souligné les blocages identifiés par les DHCEU, comme la longueur du processus, la difficulté des examens ou encore les coûts reliés à la mise à niveau, qui ont menés certains à abandonner, voire à ne pas s'engager dans le processus de reconnaissance de leurs compétences. Nous avons également mentionné ce qui avait pu faciliter leur parcours afin d'obtenir l'équivalence du diplôme MD.

Une fois cette équivalence obtenue, les DHCEU doivent entamer un nouveau processus de reconnaissance de leurs compétences. En effet, cette équivalence ne suffit pas pour obtenir le permis d'exercice de leur profession. Ils doivent aussi retourner aux études et faire la preuve de leurs compétences professionnelles en faisant une résidence dans une faculté de médecine. C'est ce que nous expliquons dans la prochaine sous-section.

3.2.2. Une reconnaissance jamais complète

Une fois l'obtention de l'équivalence du diplôme MD délivrée par le CMQ après avoir réussi les examens du CMC, les DHCEU pensent pouvoir accéder facilement à la résidence, avec les mêmes chances que les autres candidats diplômés des universités québécoises. Cependant, les épreuves continuent, comme si la reconnaissance de leurs compétences n'était jamais complète. Ils doivent encore démontrer leurs compétences auprès des universités qui les accueillent pour faire leur résidence. Ils doivent prouver qu'ils sont toujours compétents même s'ils n'ont pas exercé depuis plusieurs mois, voire plusieurs années quand le processus de réussite des examens a été long, ou alors ils doivent avoir fait des stages. De plus, ils doivent montrer encore une fois leurs compétences en français car les universités veulent qu'ils aient réussi le Test de français international (TFI) avec un score assez élevé, soit 860/990, alors que pour obtenir leur permis d'exercice du CMQ, ils devront obligatoirement se soumettre à l'examen de l'OQLF. Rappelons que la plupart des DHCEU ont déjà passé un examen de niveau de français pour réussir le processus d'immigration.

Selon la voie de reconnaissance des compétences choisie, les DHCEU peuvent et doivent réaliser différents types de stages, puis éventuellement, toujours selon la voie choisie, refaire une résidence. Ce sont plusieurs types d'évaluations et d'épreuves qui les attendent et comme dans l'étape de la reconnaissance de l'équivalent du diplôme MD, nous avons identifié des facilitants et des blocages.

Toutes ces évaluations et épreuves sont questionnées par les DHCEU que nous avons rencontrés. Par exemple, Lina estime que si les évaluations étaient faites correctement et équitablement, les acteurs n'auraient pas besoin de toujours ajouter des épreuves, ce qui est, selon elle, non seulement injuste, mais en plus, ce ne sont pas les bons outils.

En fait, ce que je voulais dire c'est qu'eux, ils nous font passer des examens, qui sont, j'imagine, qui sont rédigés et conçus par eux-mêmes, enfin par les gens qui, par les médecins affiliés à l'Ordre des médecins du Canada et par la suite, on nous dit, « non, en fait, il se pourrait que vous ne soyez pas admis. » Il y a un problème, là. C'est-à-dire que, pour schématiser un tout petit peu, pour simplifier, je vais utiliser le « tu » : « tu m'évalues, tu me fais passer des examens, tu m'évalues, mais par la suite, tu me dis non ». [...] Donc, vous, on nous fait passer des examens qui sont censés nous évaluer, on les réussit, mais malgré ça « on ne sait pas si vous allez fitter avec nous ou ce qu'on cherche ». Alors, il y a un problème. Soit, vos examens ne sont pas bien faits, soit vous ne nous avez pas bien évalués. (Lina)

Dans une enquête dont les résultats ont été déposés fin 2010 (Archambault et al.), la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ) a relevé plusieurs éléments discriminatoires à l'encontre des DHCEU dans le processus d'admission à la résidence, notamment concernant l'éloignement de la pratique. L'enquête a mis en évidence que « dans le cadre du processus de sélection, ces facultés remettent en question la valeur de la reconnaissance de l'équivalence des diplômes du CMQ décernés aux médecins formés à l'étranger. Pour les universités, cette équivalence formelle ne représente qu'une condition de base pour accéder à la résidence ». De plus, plusieurs obstacles ont été mis de l'avant comme celui de l'éloignement de la pratique ou encore « les appréhensions relatives à leur capacité de réussite qui ont amené les quatre universités à imposer en 2007, une limitation au nombre de places au programme de médecine de famille pouvant être attribuées aux médecins étrangers. Les universités soutenaient que ces médecins avaient besoin de ressources pédagogiques additionnelles, mais l'analyse des données effectuées par la Commission n'a pu vérifier le bien-fondé de cette affirmation¹²⁷. »

Les DHCEU doivent donc, une fois les examens réussis et l'équivalence du diplôme MD délivrée par le CMQ obtenue, faire une demande de jumelage avec une université auprès du Service de jumelage CaRMS pour pouvoir intégrer une université et faire une résidence qui durera au minimum deux ans pour être généralistes et de 3 à 7 ans pour les 59 autres spécialités.

¹²⁷ Communiqué de la CDPDJ. 16 novembre 2010. « Victimes d'un traitement discriminatoire, les médecins formés à l'étranger n'ont pas un accès réel aux postes en résidence. » <https://www.newswire.ca/news-releases/victimes-dun-traitement-discriminatoire-les-medecins-formes-a-letrangernont-pas-un-acces-reel-aux-postes-en-residence-546322532.html>

Nous présentons dans cette section le parcours des DHCEU après l'obtention de l'équivalence du diplôme MD, les facilitants et les blocages soulignés ou constatés et nous examinons également sur l'évaluation de la langue française.

3.2.2.1. L'obligation de refaire une formation post-doctorale

Comme nous l'avons présenté dans la Figure 15 illustrant les différentes voies pour l'obtention d'un permis d'exercice du CMQ, quand les DHCEU choisissent la voie du permis régulier, après avoir obtenu leur équivalence du diplôme MD du CMQ, ils doivent postuler au CaRMS pour obtenir une place en résidence, comme les autres étudiants du Québec et du Canada.

3.2.2.1.1. CaRMS

À la suite de la réussite de leurs examens obligatoires et l'obtention de leur équivalence du diplôme MD par le CMQ, nos répondants ont fait les démarches nécessaires pour entrer en résidence. Tel que présenté dans le Tableau 44, sur les dix répondants qui ont tenté le CaRMS, que ce soit par la voie de l'externat ou par celle de la reconnaissance de la formation initiale, six ont réussi dès leur premier essai, trois ont dû faire une deuxième tentative et une l'a tenté à quatre reprises.

Tableau 44 : Tentatives CaRMS

Code prénom	ECCMC	EACMC1	EACMC2	CNE	CaRMS	Stratégie
Ali	1	3		1	1	Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif
Ana	1	2		1	1	Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5
Andrés	1	2	1	1	2	Démarche CMQ régulier
Hodan	1					Démarches en cours - en attente résultats exam1
Véronyka	1	1		1	1	Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS
Manuella	1	1		1	2	Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence
Layla	1	2		2	1	Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours
Eya	1	2	3	1	4	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence
Kensia	1	2		1	1	Stage CÉDIS prévu début 2019
Yasmine	1					Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile
Lina	2	1		1	2	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant
Andréa	2	1				Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD
Mary	n.a.	1				Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019
Thomas	n.a.					Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente
Divine	R					Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire
Emmanuel	R					Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD
Mohamed	R				1	Retour aux études - Doctorat MD
Sabrina	R					Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment
Imène	R					Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)
Youssef	0					Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie
Laura	0					Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer
Dima	0					N'a pas fait les démarches - Démarches OIQ AEC pour exercer comme infirmier

Lors de l'analyse des entrevues et de la documentation institutionnelle disponible, nous avons fait plusieurs constats concernant l'attribution des places en résidence.

Attribution des places aux différentes catégories de diplômés.

Le CaRMS, comme nous l'avons exposé dans le Tableau 26 et le Tableau 32, considère que les candidats sont divisés en catégories qui distinguent les gradués au Canada et les gradués hors-Canada et États-Unis. Les provinces du Canada ont fait le choix de considérer des quotas par

catégorie pour le premier tour de jumelage appelé « parallèle¹²⁸ ». C'est-à-dire que les DHCEU sont « en compétition entre eux » pour un nombre de places déterminés et les gradués du Canada le sont entre eux. **Mais ce n'est pas le cas pour la province de Québec.** « Au Québec, ils sont tous en compétition » nous ont expliqué l'UdM et le BCI. Le CaRMS appelle ce type de jumelage « compétitif¹²⁹ ». C'est une différence importante et qui comporte « des avantages et des inconvénients » pour les DHCEU comme nous l'a mentionné l'UL. Cependant, deux universités nous ont confié « tricher un peu » et faire de la « discrimination positive¹³⁰ » (UL et UdM) en établissant, dès le premier tour une liste des meilleurs DHCEU. Ainsi, il n'y a pas de quotas dans le traitement des demandes par le CaRMS, mais on constate un traitement des DHCEU à part par les facultés pour s'assurer de recruter « les meilleurs » (UL et UdM).

Au deuxième tour, seuls l'Ontario et l'Alberta conservent le jumelage « parallèle ». Le Manitoba, quant à lui, considère les deux types de jumelage en fonction de critères particuliers¹³¹.

Si le système de quotas est très clair pour les acteurs institutionnels concernés – BCI, facultés de médecine, CÉDIS et CREMCV – il n'en va pas de même pour les DHCEU. Ces derniers croient que le processus est le même pour tout le monde, mais plusieurs pensent qu'il y a des quotas aux deux tours, donc un nombre de places très limité pour les DHCEU. Pour d'autres, comme Yasmine, CaRMS constitue un « blocage » car les candidats ayant étudié au Québec sont favorisés par rapport aux DHCEU : « Et je sais d'avance que ça bloque beaucoup ici, je ne suis pas rendue, mais je sais que ça bloque beaucoup, à cause du fait qu'on va privilégier les médecins, d'abord, qui ont étudié ici, donc on va mettre médecin québécois, canadien, je ne sais pas, plus canadiens disons. »

Certains pensent également qu'ils sont en compétition, pour un nombre de places restreintes, avec les Canadiens ayant étudié à l'extérieur du Canada, ce qui ne leur laisse plus beaucoup de chances d'obtenir une place.

¹²⁸ Cette information est disponible sur le site internet de CaRMS. On explique que dans le jumelage parallèle, « les DHCEU postulent à un groupe de postes distincts de ceux des diplômés canadiens dans une ou plusieurs discipline ». <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/criteres-dadmissibilite/sommaire-des-criteres-de-participation-pour-les-dhceu/>

¹²⁹ Pour le jumelage compétitif « les DCHEU postulent aux mêmes postes que les diplômés canadiens dans toutes les disciplines ». <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/criteres-dadmissibilite/sommaire-des-criteres-de-participation-pour-les-dhceu/>

¹³⁰ Selon l'Office québécois de la langue française, la discrimination positive se définit ainsi : « Ensemble cohérent de mesures prises pour éliminer la discrimination subie par un groupe de personnes et remédier aux inégalités de fait en leur accordant temporairement certains avantages préférentiels, notamment en matière de recrutement. » <https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/Resultat.aspx>.

¹³¹ « Il n'y aura pas de transition ou de transfert entre les groupes sauf dans des cas très spécifiques. Les candidats devront réviser les exigences du programme afin de voir si ce dernier est dans un groupe mélangé ou non mélangé lors du deuxième tour. » <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/criteres-dadmissibilite/sommaire-des-criteres-de-participation-pour-les-dhceu/>

[...] mais il faut tenir compte qu'il y a des places qui sont réservées pour les médecins étrangers. Il y a des places aussi pour les médecins d'ici. Les places pour les médecins étrangers habituellement, elles sont de moindre quantité puis elles sont spécifiquement identifiées. Puis celles pour les médecins étrangers, de toute façon, elles sont beaucoup plus, en plus grande importance. Puis donc le choix qui est offert est quand même, on pourrait dire, assez limité. (Manuella)

Plusieurs nous ont parlé de 10% des places pour les DHCEU à partager avec les diplômés canadiens de l'extérieur et qu'ainsi il ne leur resterait plus que 5% des places.

Par exemple, les Canadiens qui ont étudié leur médecine hors du Canada, par exemple, aux Caraïbes. Je ne sais pas où, n'importe quel pays. Mais ils sont canadiens. Ils sont canadiens d'origine mais ils ont étudié hors du Canada. Ils sont reconnus comme IMG, comme International Medical Graduate, comme nous. Et si on a une chance de, par exemple, 10% d'acceptance dans le programme de CaRMS pour les universités, ils sont comme nous dans cette compétition. Donc s'ils prennent IMG, International Medical Graduate dans une cohorte [...] Dans un même quota, ils ont plus de chances que nous parce qu'ils sont déjà canadiens, ils sont déjà francophones, ils sont déjà anglophones. Vous savez? Parce que je pense que, quand même, il faut qu'ils soient séparés de nous. Parce qu'ils sont canadiens mais étudiants hors du Canada. Je ne suis pas canadienne et étudiante hors du Canada. On n'a pas la même situation mais on est dans une même situation pour choisir. (Layla)

Aussi, la perception que les DHCEU francophones seraient favorisés par rapport aux autres a conduit Mary, par exemple, à postuler dans d'autres facultés canadiennes anglophones.

Nous avons constaté lors des entrevues un sentiment d'essoufflement, d'injustice et de découragement de la part des DHCEU qui se sont rendus jusqu'au CaRMS pour entrer en résidence. Après la longueur du processus pour réussir les examens et les sacrifices personnels et financiers qu'ils ont consentis, ils trouvent que les facultés sont très exigeantes et que c'est un blocage de plus dans leur parcours. Véronika l'exprime ainsi : « C'est difficile. Le système exige beaucoup mais donne peu de places. »

De plus, il leur faut encore déboursier beaucoup d'argent pour postuler au CaRMS comme le souligne Manuella : « C'est un site où il faut appliquer, il faut payer à nouveau. Il n'y a rien qui est gratuit. » Pour augmenter leurs chances, ils posent leur candidature dans plusieurs établissements et doivent payer une trentaine de dollars pour chaque application. Ana, qui voulait se spécialiser uniquement en psychiatrie, a appliqué à McGill, à l'Université d'Ottawa, à l'UdM et à l'USH. En tout, elle évalue qu'elle a envoyé entre 15 et 20 demandes. En revanche, pour ceux qui appliquent dans la médecine familiale dans les trois facultés francophones, c'est beaucoup plus d'applications, puisqu'ils doivent faire une demande par établissement.

Le CÉDIS quant à lui a mentionné qu'une petite moitié des DHCEU qui postulent chaque année sont admis et qu'avant la création du CÉDIS, plusieurs DHCEU étaient « laissés sur le carreau

chaque année ». Cela constituait un vrai blocage à leur reconnaissance complète pour obtenir leur permis d'exercice.

Quand nous demandons aux DHCEU où ils prennent leur information, nous avons constaté que, si plusieurs sont allés consulter les sites des universités et du CaRMS et ont des informations à jour, plusieurs en ont entendu parler par des amis ou dans les réseaux personnels. Il existe une sorte de renforcement par ce biais des sentiments d'injustice et d'iniquité de traitement de la reconnaissance qui se propage. Certains, qui sont par ailleurs très bien informés, considèrent que les informations sont difficiles à trouver. Ali par exemple, nous a relaté toutes les recherches qu'il avait réalisées et comment il avait traduit en perse plusieurs informations pour ses compatriotes afin de leur expliquer les trois voies d'obtention du permis du CMQ, Il parle même de « choses cachées ».

Mais vous savez, le site CMQ ou le site de CaRMS, surtout le CaRMS, il y a beaucoup de choses cachées. C'est difficile. Vraiment on a besoin d'un atelier pour découvrir le site, un atelier de deux ou trois jours, surtout pour le CaRMS. Pour le CaRMS, c'est vraiment difficile. (Ali)

Les places laissées vacantes.

Concernant les places vacantes, les avis divergent.

D'une part, les médias se sont faits l'écho à de nombreuses reprises du fait que plusieurs places en résidence étaient laissées vacantes et que ce n'était pas normal¹³², ces places pouvant être offertes aux DHCEU. C'est un discours que l'on a entendu de la part de nos répondants. Il n'est pas toujours clair dans l'esprit des DHCEU rencontrés si ce sont des postes destinés aux DHCEU ou pas et s'il s'agit de postes de résidence ou des postes après l'obtention du permis d'exercice, donc comme médecin.

(Lina) Oui. Ça, c'est ce qui apparaît à chaque année après la sortie des PREM et après le processus du matching, pas mal de postes restent, parfois plus de la moitié restent, c'est là qu'intervient par la suite le CÉDIS. Beaucoup de postes restent. Et quand on essaie de lire un petit peu pour voir pourquoi des gens restent comme ça, des gens qui sont passés par tout, tout le processus d'équivalence, en fait, ils ont obtenu et tout, il reste des postes vides [...] Donc, il reste des postes vides, alors que les gens qui postulent, les gens qui appliquent ils sont là, ils n'ont pas été pris.

(CB). Mais c'est des postes vides qui sont destinés au DHCEU, aux diplômés hors Canada et États-Unis, ou des postes qui sont destinés à tout le monde qui restent vides?

(Lina). Je pense que c'est des postes qui sont, si ma mémoire est bonne, là j'ai peur de me mêler, parce que je ne me rappelle pas très bien, mais je crois que c'est des postes qui sont destinés aux DHCEU.

¹³² Radio-Canada. 14 avril 2014. « Des médecins étrangers refusés, des postes en résidence laissés vacants ». Sophie Langlois. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/776028/medecins-etranger-faculte-medecine-quebec-refus-discrimination>
Le Journal de Montréal. 25 novembre 2019. « À court de 1400 médecins au Québec ». Héloïse Archambault. <https://www.journaldemontreal.com/2019/11/24/a-court-de-1400medecins-au-quebec>.

D'autre part, les universités nous disent qu'elles font tout pour combler les postes vides avec « les meilleurs » en faisant de « la discrimination positive ». L'UdM nous a expliqué qu'ils « boostent » les notes des DHCEU pour combler les vacances.

De dire qu'il n'y a pas de quota en fait, à l'Université de Montréal on triche un peu. Je demande au directeur de programme de médecine de famille de cibler rapidement, dans les DHCEU, les meilleurs candidats et de réserver une place par unité de médecine de famille à ceux dans la liste qui sont les meilleurs. De façon à ce que, quand arrive le deuxième tour et qu'on a des places libres dans nos unités de médecine de famille, on ait eu déjà les meilleurs des candidats disponibles. (UdM)

Cependant, même après cela et après le deuxième tour de jumelage, il reste des places vides. Selon les acteurs, deux raisons expliquent cette situation. La première est que si les DHCEU ne sont pas jumelés, c'est parce qu'ils ne répondent pas aux critères établis par les facultés. La deuxième, c'est parce que les places qui restent vides sont des places en région éloignées dont personne ne veut, ni les DHCEU, ni les étudiants ayant étudié au Québec.

C'est que, il y des candidats qui ne veulent pas aller dans nos places libres, et c'est la même chose pour les diplômés québécois, ils ne veulent pas aller en Abitibi. Les places libres sont dans des unités du Québec qui ne sont pas en centre urbains puis là ils trouvent que c'est trop loin donc ils ne postulent pas. (UdM)

Le nombre important de DHCEU non jumelés à l'étape du CaRMS a mené le gouvernement à une réflexion à la suite de laquelle le MSSS a mis en œuvre et financé un programme pour accompagner la réussite de cette étape par les DHCEU. Il s'agit du CÉDIS.

3.2.2.1.2. CÉDIS

Comme nous l'avons vu dans le chapitre 1, pour faire suite aux recommandations du groupe de travail sur les DHCEU (Échavé et al., 2009), le MSSS a mis en place en 2010 un mécanisme d'évaluation-orientation qui est administré par le Centre d'évaluation des diplômés internationaux en santé (CÉDIS). Le CÉDIS évalue la candidature de DHCEU dont le dossier a été refusé par le CaRMS et offre un soutien au candidat soit en les envoyant faire un stage de mise en contexte clinique et d'évaluation des compétences médicales, soit en les orientant vers une autre profession. Ainsi, les DHCEU qui échouent au jumelage CaRMS sont invités à déposer une demande d'évaluation auprès du CÉDIS qui, chaque année, a la capacité d'évaluer 48 candidats et de juger s'ils ont les compétences pour aller en résidence. Comme l'explique le CÉDIS, c'est pour les DHCEU, un examen et une évaluation supplémentaire de leurs compétences.

Et on les évalue, avec des cas cliniques assez complexes, permettant de porter un jugement global sur leurs capacités à réussir une résidence et à obtenir éventuellement un permis de médecin au Québec et exercer la profession de médecin au Québec. Donc c'est un outil qui est robuste, qui s'ajoute aux examens d'équivalence qu'ils ont déjà

réussis. Là il y a un autre filtre qui est fait, qui est mis en place pour bien les évaluer, en profondeur. (CÉDIS)

Le CÉDIS va offrir, à la suite de l'examen d'évaluation, 20 places de stage « d'actualisation des compétences médicales » (CÉDIS) de 14 semaines aux DHCEU qui ont le mieux réussi. Le stage permet de « voir s'ils sont en mesure de poursuivre en résidence. Et il y en a qui ne réussissent pas le stage. C'est une minorité, mais ça arrive aussi. » (CÉDIS)

Depuis sa création, le CÉDIS a reçu 930 demandes de soutien par les DHCEU (CÉDIS, 2020). Sur les 437 DHCEU qui sont passés par le processus d'évaluation-orientation de l'organisme, 237 ont été jugés suffisamment compétents pour aller faire un stage pratique, alors que l'on a recommandé aux 200 autres de se réorienter. Ce qui veut dire que ces 200 DHCEU, qui ont réussi les examens requis et reçu l'équivalence du diplôme MD par le CMQ sont jugés impossibles à jumeler par les facultés (via CaRMS) et par le CÉDIS alors que l'organisme de réglementation de la profession considère qu'ils sont aussi compétents que les étudiants qui obtiennent leur diplôme MD au Québec.

Dans le Tableau 45, nous constatons que cinq de nos répondants ont bénéficié du programme de stage offert par le CÉDIS ou était en attente d'une réponse à leur demande. Andrés devait réaliser le stage du CÉDIS mais il a finalement été jumelé lors de sa deuxième tentative au CaRMS alors qu'il était en attente du stage du CÉDIS. Lina, elle, a fait son stage CÉDIS puis a réussi à être jumelée à sa deuxième tentative de CaRMS. Quand nous avons rencontré Ali, il était en attente de la réponse du CÉDIS pour faire son stage après un échec au CaRMS. Il était décidé à retourner en Iran en cas d'échec au CÉDIS pour pratiquer la médecine pendant un an à cause de son éloignement de la pratique supérieur à trois ou quatre ans, délai limite pour que son dossier soit considéré par les facultés de médecine. Kensia devait faire son stage début 2019. Quant à Eya, elle a tenté deux fois de faire le stage du CÉDIS mais n'a pas été acceptée.

Tableau 45 : Tentatives stage CÉDIS

Code prénom	EECMC	EACMC1	EACMC2	CNE	CaRMS	CÉDIS	Stratégie
Ali	1	3		1	1	EC	Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif
Ana	1	2		1	1		Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5
Andrès	1	2	1	1	2	1	Démarche CMQ régulier
Hodan	1						Démarches en cours - en attente résultats exam1
Véronyka	1	1		1	1		Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS
Manuella	1	1		1	2		Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence
Layla	1	2		2	1		Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours
Eya	1	2	3	1	4	2	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence
Kensia	1	2		1	1	1	Stage CÉDIS prévu début 2019
Yasmine	1						Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile
Lina	2	1		1	2	1	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant
Andréa	2	1					Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD
Mary	n.a.	1					Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019
Thomas	n.a.						Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente
Divine	R						Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire
Emmanuel	R						Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD
Mohamed	R				1		Retour aux études - Doctorat MD
Sabrina	R						Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment
Imène	R						Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)
Youssef	0						Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie
Laura	0						Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer
Dima	0						N'a pas fait les démarches - Démarches OIIQ AEC pour exercer comme infirmier

Nous constatons également dans le Tableau 45 que Ana et Mohamed, qui ont choisi de refaire complètement leurs études en s'inscrivant au doctorat en médecine, ont été jumelés au CaRMS dès leur première tentative. En revanche, Manuella, après deux échecs au jumelage, a décidé de changer de voie et de passer par la voie de l'externat. Quant à Véronyka, qui était en attente du 2^e tour de CaRMS, si elle n'est pas jumelée, nous ne savons si elle pourra bénéficier du programme du CÉDIS. En effet, elle habite Québec et le programme ne se donne qu'à Montréal.

Le programme du CÉDIS comprend, pour les futurs stagiaires, une journée de préparation aux entrevues de sélection d'entrée dans les facultés. Ces entrevues déroutent souvent les DHCEU qui n'ont pas l'habitude de « se vendre ». Le CÉDIS collabore avec le CREMCV depuis 2013 pour cette journée-là et pour la partie réorientation des DHCEU.

Le CREMCV est un organisme en employabilité de Montréal qui connaît bien la clientèle immigrante exerçant une profession de la santé car il coordonne et met en œuvre un programme

spécifique pour ces personnes. Financé par Emploi-Québec de l'Île de Montréal, le Programme de transition de carrière pour les professionnels de la santé diplômés hors Canada et États-Unis (PSDHCEU) offre un accompagnement aux médecins, pharmaciens, dentistes, optométristes et vétérinaires pour une réorientation professionnelle, définir une stratégie, un plan B et les possibilités de travail en parallèle. C'est un programme de quatre semaines, unique au Québec, qui ne se donne qu'à Montréal et qui reçoit chaque année 84 participants.

Lorsque les DHCEU qui ne sont pas acceptés pour le stage CÉDIS participent à ce programme, c'est la réalisation pour certains qu'ils devront faire le deuil de leur profession, après tous les efforts et les sacrifices qu'ils ont consentis au processus de reconnaissance.

Et donc il m'a, je me suis retrouvée ici, avec tout le monde. La différence avec les autres, c'est que moi j'avais fait déjà ma reconversion avant, pensant que ça allait être stratégique. Donc, eux, j'ai vu tous les gens qui étaient avec moi, c'était dur pour eux de faire le deuil de la médecine, donc, moi, j'avais déjà commencé le processus avant de venir ici. (Imène)

Une fois l'étape du CaRMS réussie, les DHCEU entrent en résidence.

3.2.2.1.3. La résidence

Après être passés à travers toutes les étapes des examens, du jumelage et du programme CÉDIS si nécessaire, les DHCEU sont acceptés en résidence.

Selon les universités, un grand nombre de DHCEU choisissent d'aller en médecine familiale, même si ce n'est pas un « programme de résidence qui est en lien avec la formation initiale qu'ils ont. » (UdM). Selon les facultés de médecine, si les DHCEU choisissent de faire une résidence en médecine familiale, c'est pour deux raisons. D'abord, c'est là qu'il y a le plus de places offertes. Comme nous l'avons vu dans la section sur la planification de la main-d'œuvre, le MSSS détermine chaque année le nombre de places offertes en résidence. Par exemple, pour l'année 2018-2019, le MSSS prévoyait 499 places en médecine de famille et 419 places en médecine spécialisée. Ensuite c'est la résidence la plus courte, soit deux ans.

Dans le Tableau 46, nous pouvons faire plusieurs constats quant aux choix de spécialité de nos répondants qui n'illustrent pas exactement les propos des facultés. Nous ne considérons pas ici Thomas, car il n'a pas à faire la résidence.

Mohamed et Ana, avec une formation initiale de généralistes, ont fait un retour aux études complet et ont choisi de se spécialiser, le premier en anatomopathologie, la deuxième en psychiatrie. C'est également le choix de Eya qui, après avoir traversé toutes les épreuves, devrait finir sa résidence en 2025 comme pathologiste générale alors que Andréa, si elle réussit à être jumelée, souhaite rester généraliste. Des deux DHCEU qui ont une formation initiale de spécialistes et qui ont réussi les

épreuves, Andrès a choisi une autre spécialité et seule Lina est une spécialiste qui veut devenir généraliste.

Tableau 46 : Choix de la spécialité en résidence

Code prénom	EECMC	EACMC1	EACMC2	CNE	CaRMS	CÉDIS	Résidence	Stratégie
Ali	1	3		1	1	EC		Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif
Ana	1	2		1	1		Psychiatrie	Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5
Andrès	1	2	1	1	2	1	Anatomopathologie	Démarche CMQ régulier
Hodan	1							Démarches en cours - en attente résultats exam1
Véronyka	1	1		1	1			Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS
Manuella	1	1		1	2		Médecine familiale	Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence
Layla	1	2		2	1			Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours
Eya	1	2	3	1	5	2	Pathologie générale	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence
Kensia	1	2		1	1	1		Stage CÉDIS prévu début 2019
Yasmine	1							Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile
Lina	2	1		1	2	1	Médecine familiale	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant
Andréa	2	1						Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD
Mary	n.a.	1						Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019
Thomas	n.a.							Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente
Divine	R							Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire
Emmanuel	R							Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD
Mohamed	R				1		Anatomopathologie	Retour aux études - Doctorat MD
Sabrina	R							Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment
Imène	R							Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)
Youssef	0							Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie
Laura	0							Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer
Dima	0							N'a pas fait les démarches - Démarches OIIQ AEC pour exercer comme infirmier

Nous avons vu que les DHCEU, après avoir reçu l'équivalence du diplôme MD par le CMQ, doivent de plus, passer encore plusieurs épreuves de sélection et d'évaluation de leurs compétences par les facultés de médecine pour entrer en résidence. Plusieurs sont exclus du parcours durant cette étape. Nous avons expliqué le processus de jumelage et présenté le programme du CÉDIS. Cependant, il nous apparaît important de passer en revue les différentes épreuves, comme les stages, que doivent réaliser les DHCEU, selon les étapes ou la voie de reconnaissance des compétences choisie,

3.2.2.2. Des stages à géométrie variable

Afin d'évaluer les compétences des DHCEU, les acteurs institutionnels proposent beaucoup de stages. Ces stages sont de natures distinctes et arrivent à des moments différents dans chacun des parcours. Ils sont soit imposés aux DHCEU pour évaluer leurs compétences, soit offerts comme mises à niveau parce que les acteurs institutionnels, notamment les facultés, ne considèrent pas les DHCEU suffisamment performants pour le système nord-américain et estiment qu'ils doivent se mettre à niveau, même après les nombreuses étapes qu'ils ont dû déjà franchir pour démontrer leurs compétences.

Nous présentons ici les cinq types de stages que nos répondants ont mentionnés lors des entrevues : le stage d'adaptation de trois mois, le stage de mise à niveau du CÉDIS, le stage d'observation, le stage d'acclimatation et le stage non-contributoire et hors cursus.

3.2.2.2.1. *Stage d'adaptation (3 mois)*

Dans la voie du permis restrictif, les DHCEU doivent réaliser un stage de trois mois (13 semaines), qu'ils bénéficient d'un ARM dans le cadre de l'Entente France-Québec ou pas.

Ces stages sont organisés par le CMQ qui se coordonne avec le MIFI et IRCC pour les questions d'immigration quand il faut s'occuper de permis de travail pour des travailleurs temporaires. En effet, pour établir le permis de travail, c'est le CMQ qui est l'employeur.

Le CMQ se coordonne aussi avec RSQ et les établissements de santé pour les lieux de stage. Les DHCEU réalisent leur stage dans un autre établissement que celui qui les accueille pour travailler ensuite. C'est le MSSS qui finance tout le processus. Selon le CÉDIS, cela coûte entre 15000\$ et 20000\$ par DHCEU. C'est le montant dont nous a parlé Thomas également, qui est venu au Québec comme travailleur temporaire par la voie du permis restrictif avec ARM. Les DHCEU bénéficiant de l'ARM n'ont pas de démarches à faire pour trouver un stage, c'est le CMQ qui s'en charge et qui finance le processus. Thomas nous a aussi expliqué qu'il n'avait pas suivi le parcours habituel. Il avait déjà trouvé son stage avant que RSQ fasse les démarches, donc il a payé lui-même parce qu'il a refusé l'offre de RSQ.

Nos répondants ont parfois utilisé un vocabulaire différent s'agissant de ce stage. Certains nous ont parlé de stage d'adaptation, de supervision, d'évaluation. Les objectifs du stage sont différents selon que l'on parle d'adaptation, de supervision ou d'évaluation. Notre compréhension est qu'un stage d'adaptation va permettre au stagiaire de prendre ses marques dans son milieu de travail et ajuster ses pratiques au contexte québécois, tout en conservant son autonomie. Alors qu'un stage de supervision vient avec une connotation d'évaluation, de surveillance et de contrôle. Enfin, l'évaluation veut dire que l'on doit démontrer ses compétences parce que l'on veut s'assurer que l'on répond aux attentes. À la fin, si l'évaluation est mauvaise, si l'on ne répond pas aux critères déterminés par l'évaluateur, on ne reste pas.

Le Collège des médecins du Québec précise sur son site les termes exacts¹³³. Pour les DHCEU ne bénéficiant pas d'un ARM, on parle de « stage d'évaluation » alors que pour ceux qui viennent dans le cadre de l'ARM, on parle de « stage d'adaptation à caractère évaluatif ». Le « caractère

¹³³ Collège des médecins du Québec. Permis restrictif – ARM Québec-France – Évaluation de la capacité à exercer (ECE/PRA). <http://www.cmq.org/page/fr/permis-restrictif-arm-quebec-france-evaluation-capacite-exercer-ece-pra.aspx>

évaluatif » semble être un ajout du CMQ pour préciser la nature du stage car dans l'entente France-Québec on parle de « stage d'évaluation »¹³⁴ mais il est mentionné qu'il y a une évaluation.

Le CMQ nous a expliqué dans le détail les objectifs de ce stage-là, qui n'est pas un stage de formation mais bien d'évaluation et d'adaptation, et que le candidat doit démontrer qu'il peut pratiquer selon des critères et des standards nord-américains, québécois.

[C]e stage-là de 3 mois, sert, au début il y a une période d'observation et d'adaptation, pour justement, parce qu'effectivement, ne serait-ce que de s'adapter à un nouveau lieu de pratique que l'on ne connaît, la façon de faire, du milieu, donc il y a une période d'observation puis après ça commence la période d'évaluation pendant laquelle on expose le candidat aux différents volets de la pratique, de sa spécialité au Québec. Donc si par exemple il est médecin de famille dans son pays, on va vouloir, s'assurer que dans les différentes, les différents secteurs de la médecine de famille, que, ce candidat-là, on, on, s'assure, de, de l'évaluer, mais en même temps, c'est sûr que ça va aussi avec, ils ont de la rétroaction au fur et à mesure parce qu'au début c'est sûr qu'il y a des façons de faire qui sont différentes, des fois c'est pas parce que le candidat n'a pas les compétences, c'est juste parce que c'est une façon différente de faire, alors il y a de l'accompagnement puis il y a aussi, au terme du 3 mois faut quand même qu'il ait démontré, c'est pas un stage de formation, c'est, il faut qu'il ait démontré qu'il a les compétences pour entrer en pratique en médecine de famille au Québec. (CMQ)

Selon l'expérience de Thomas, les DHCEU sont évalués et supervisés pendant 13 semaines. Pour lui « ça s'est plutôt bien passé » mais c'était « un peu stressant » car « c'était 13 semaines de stage. C'était 11 médecins, on change toutes les semaines de médecin. Toutes les semaines, on change de spécialité ». De plus, la supervision d'un autre médecin quand on a déjà une expérience professionnelle peut être plus ou moins agréable comme il nous l'explique : « Mais c'est vrai que ce n'est pas toujours agréable d'être à côté d'un médecin qui va nous expliquer que, mais ... c'est vrai qu'on a déjà travaillé parfois en face de personnes ... [s'interrompt] C'est le système. C'est comme ça. » Ainsi, les DHCEU sont supervisés et évalués pendant 13 semaines au bout desquelles « c'est le Comité d'admission à l'exercice qui détermine si le permis est délivré ou non » (CMQ).

Thomas se questionne quant à la pertinence et l'utilité du stage en ce qui le concerne pour sa pratique lorsqu'il nous dit :

Je m'étais un peu étonné du stage, enfin de la teneur du stage. J'avoue que ... après, là je vais formuler une critique mais elle est à modérer, la critique. [...] Moi, j'aurais pu arriver sans stage. » (Thomas)

Lors de nos recherches, nous avons constaté que l'information sur les voies d'obtention d'un permis d'exercice pour un DHCEU a beaucoup évolué depuis 2014. Concernant les stages pour les permis

¹³⁴ Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins entre le Collège des médecins du Québec et le ministre de la santé et des sports et le Conseil national de l'Ordre des médecins de France. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/emploi/Entente_Quebec-France/ARM-medecins-MRIE.pdf?1560275248

restrictifs, une mise à jour en 2020 offre des informations très détaillées. Ainsi, il est spécifié que le DHCEU passe par « l'étape déterminante de la réussite d'un stage visant à démontrer la compétence clinique du candidat dans le contexte de la pratique médicale au Québec, et cela, afin d'assurer la protection du public¹³⁵. » Sur la base des règlements qui instituent les stages, le Collège des médecins du Québec explique qu'ils sont mis en place pour « évaluer la capacité d'exercer » des DHCEU.

3.2.2.2.2. *Stage de mise à niveau CÉDIS (14 semaines)*

Ces stages sont financés par le MSSS qui investit un montant important, deux fois plus que pour les stages des DHCEU qui font le stage d'adaptation dans la voie du permis restrictif, soit 40000\$. Les DHCEU reçoivent également une bourse de 5000\$ pour subvenir à leurs besoins pendant le stage puisqu'ils ne peuvent pas travailler.

Ceci étant dit, le programme n'est pas donné non plus, là. C'est certain que les évaluer comme tel, et surtout les envoyer en stage, ça coûte assez cher. Ça coûte assez cher. On peut parler de 40 milles par personnes. [...] Tout est gratuit. On leur donne même une bourse de... c'est maintenant de 5000 dollars. Parce que pendant ces quatorze semaines-là, ils suspendent leurs activités professionnelles de toute nature. (CÉDIS)

Les DHCEU qui postulent doivent réussir un examen pour pouvoir être sélectionnés. Selon l'UL, c'est un « examen qui est quand même assez exigeant. » C'est donc pour le DHCEU un cinquième ou un sixième examen pour évaluer ses compétences et permettre aux évaluateurs de porter encore un jugement pour être ensuite considérés suffisamment compétents pour aller faire un stage « d'actualisation des compétences médicales et aussi d'évaluation, ça c'est certain. » (CÉDIS)

[U]n comité scientifique qui se réunit de nouveau, regarde les résultats en profondeur puis porte un jugement : est-ce que la personne, moyennement un stage de 4 mois, maintenant on a 14 semaines en milieu clinique, elle serait capable de faire une résidence par la suite. (CÉDIS)

Pendant le stage, les milieux d'accueil font une « évaluation fine en milieu clinique des candidats » (CÉDIS) référés par le CÉDIS. Puis une fois le stage terminé et les évaluations remises, le DHCEU peut faire une nouvelle demande pour entrer en résidence à travers le CaRMS.

Au terme du stage, bien, ils sont, il y a un jugement qui est porté, une évaluation qui est faite, une série de critères qui existent et puis, il y a une pondération qui est très rigoureuse aussi. Et ça fait en sorte qu'il y a une recommandation favorable. Est-ce qu'il a réussi ou non? Est-ce qu'il est en mesure d'aller en résidence ou non. (CÉDIS)

¹³⁵ Collège des médecins du Québec. Permis restrictif – Stage d'évaluation ou d'adaptation (ECE/PRA). <http://www.cmq.org/page/fr/permis-restrictif-stage-evaluation-adaptation-ece-pra.aspx>

Cependant, pour pouvoir bénéficier du stage du CÉDIS, il faut habiter Montréal puisqu'ils ne sont offerts que dans deux centres : le Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun et le Centre hospitalier de St. Mary qui offrent chacun 10 des 20 places destinées chaque année aux DHCEU.

Si aux débuts de la mise en œuvre CÉDIS, les universités avaient un peu de réticence car elles n'avaient pas la certitude que l'évaluation se faisait selon des critères éprouvés, elles plébiscitent aujourd'hui le programme, tant pour ce que cela apporte au candidat que pour réduire les incertitudes des facultés sur les compétences des DHCEU. En effet, des médecins-évaluateurs québécois, qui ont les mêmes critères de jugement que les facultés, leur donnent un avis qui est valide : « Donc, on a des candidats qui ont été observés par des pairs, des médecins de famille, pour la grosse majorité des cas, pendant trois mois et qui nous donnent une opinion, une opinion sur l'aptitude de ce médecin-là. » (UL). L'UL affirme que « les directeurs de programme, on adore le CÉDIS. » et pour l'UdM, non seulement « c'est un plus important » mais cela donne au candidat « vraiment l'opportunité de voir comment ça se fait la pratique au Québec. »

Cependant, le message des facultés, c'est qu'il ne faut pas faire croire aux DHCEU que la réussite du stage est automatiquement synonyme de jumelage.

Mais je trouve que c'est la meilleure des chances, je ne pense pas que l'on doit dire aux candidats CÉDIS faites ça puis vous allez passer. Et puis ce n'est pas ce qui leur est dit non plus. Mais, je trouve que ça, c'est la seule opportunité qu'ils ont de vraiment bien saisir dans quoi ils s'embarquent. (UdM)

Mais pour certains DHCEU, les chiffres qui circulent leur donnent au contraire de l'espoir.

Mais au moins, tous ceux qui ont fait le CÉDIS l'année passée ont été jumelés, tous qui ont réussi. Alors je me dis, j'ai encore une chance. (Kensia)

Également, un échec au stage CÉDIS est une barrière dans le dossier des DHCEU qui appliquent de nouveau pour entrer en résidence. Les facultés jugent que ces dossiers ont peu de chance d'aboutir à un jumelage considérant que les candidats auront du mal à suivre en résidence car : « quelqu'un qui a échoué le CÉDIS, pour nous, c'est un très, très mauvais pronostic.[...] il a beau se représenter, ce n'est pas sûr qu'on va le prendre parce que... c'est même presque certain qu'on ne le prendra pas parce que... je veux dire, s'il vient d'échouer trois mois de stages, évidemment, on peut se douter qu'il risque d'avoir des difficultés majeures en résidence. » (UL)

Pour les DHCEU, c'est une deuxième chance mais surtout, cela leur permet de s'affranchir du critère d'éloignement de la pratique qui, comme nous l'exposons plus loin dans les blocages, les exclut de la sélection pour la résidence.

3.2.2.2.3. Stage d'observation

Dans les dossiers de jumelage du CaRMS, les DHCEU doivent démontrer leurs compétences. Ils sont, pour la plupart, persuadés que faire des stages d'observation sera un plus dans leur dossier. Ils doivent les trouver eux-mêmes, ce qui n'est pas facile lorsque l'on ne connaît personne dans le réseau, d'autant plus que ce sont des stages non rémunérés. Certains abandonnent l'idée de faire un stage non rémunéré qui les obligerait à quitter leur emploi, comme Divine : « J'avais parlé à la dame que je ne peux pas laisser mon emploi pour un stage non payant. Ça n'a pas d'allure. »

Le fait d'habiter dans une région amplifie les difficultés de trouver un stage d'observation. Quand nous avons demandé à Véronyka si c'est différent en région par rapport à Montréal, elle nous a répondu que « *Ici [à Québec], c'est plus difficile.* »

Même quand ils connaissent des milieux d'accueil potentiels comme ce sont des stages d'observation, ils n'ont le droit de « réaliser aucune action directe ou indirecte auprès des patients rencontrés¹³⁶. »

C'est d'ailleurs ce que souligne Eya quand elle nous explique avoir fait beaucoup de stages d'observation et que « OK, ils me connaissent, ils m'aiment bien mais c'est de l'observation, ce n'est pas de la pratique. » Sauf en pathologie, puisqu'elle peut « regarder les lames au microscope » et « discuter le cas avec le pathologiste » ou encore en autopsie où elle souligne de façon sarcastique et en souriant « vu que ce sont des morts, donc ils ne vont pas mourir une autre fois. »

Également, pour les milieux d'accueil, un stagiaire qui ne fait qu'observer est un poids.

Ils peuvent venir faire des stages d'observation dans les hôpitaux, mais pour faire un stage d'observation, il faut trouver quelqu'un qui va accepter, et ce n'est pas facile, parce que c'est très lourd d'avoir quelqu'un qui ne peut pas examiner, qui ne peut pas parler, qui ne peut pas rien faire. (UdM)

Certains ont cumulé les stages d'observation allant, comme Layla, jusqu'à réaliser 4 à 5 stages d'observation ou encore Veronyka qui en a déjà réalisé un et qui en a « besoin de deux encore ». Pour d'autres comme Ana, c'est une stratégie afin de « booster [leur] CV pour rentrer à CARMS. » Contrairement à ce que les DHCEU pensent, l'accumulation de stages d'observation n'est pas une stratégie très payante, comme nous l'a confirmé l'UdM : « En fait, cela ne, ça ne bonifie pas le dossier. Mais ça donne accès au moins à l'individu qui a pu faire ça un petit plus de compréhension de ce qu'il se passe, et puis il pourra en témoigner. »

Plusieurs ont bien conscience cependant que les stages d'observation ne leur serviront pas à s'affranchir du critère d'éloignement de la pratique et c'est pour eux un blocage, comme l'a expliqué Eya en commentant le schéma présenté à la fin de l'entrevue.

¹³⁶ Collège des médecins du Québec. Stage d'observation. <http://www.cmq.org/page/fr/stage-d-observation.aspx>

À part ça, ça va prendre beaucoup de temps puis on va me parler d'éloignement. Et je n'ai pas le droit de faire des stages pratiques. Les stages d'observation ne comptent pas pour l'éloignement. Donc c'est fermé de partout. Qu'est-ce que je fais? [...] Le troisième [blocage], c'est ici. Donc les stages pratiques, impossibles. Et le stage d'observation ne compte pas. (Eya)

3.2.2.2.4. *Stage d'acclimatation (4 à 6 semaines)*

Lorsque les DHCEU ont obtenu une place en résidence, ils sont invités à participer à un stage d'acclimatation de quatre semaines qui est offert par les quatre universités du Québec en mai et en juin, avant le début de la résidence en juillet. Le MSSS qui finance cette activité a donné le mandat au CÉDIS en 2015-2016 de coordonner et de financer ces stages d'acclimatation dans les quatre facultés de médecine du Québec qui reçoivent le financement par l'entremise du BCI.

Ce stage se décline en deux temps : un volet théorique pour tous les DHCEU, surtout ceux qui vont en médecine interne générale et en médecine de famille, et un volet clinique dispensé dans leur milieu de résidence.

L'offre multiple de tous ces stages fait dire au CÉDIS que les DHCEU sont ainsi « bien rôdés » et qu'ils « sont performants puis ils peuvent suivre la cadence, imposée par les externes [les diplômés du Québec] qui arrivent » parce que « ce n'est pas évident de suivre la cadence qui est très élevée. » Pour les facultés de médecine, ce stage permet aux DHCEU de se « familiariser avec le système de santé québécois » et « d'arriver mieux préparés à une résidence d'ici » (UL). Ce stage permettrait d'équilibrer le niveau de connaissance sur les aspects organisationnels de la résidence entre les DHCEU et les gradués du Québec. Ces derniers ont déjà de l'expérience dans les milieux d'accueil, alors que les DHCEU qui ont exercé dans d'autres pays ont des habitudes et des façons de faire différentes. Ils doivent apprendre d'autres manières de fonctionner comme l'explique l'UdS.

Mais au moins, le candidat qui a fait sa formation ici, il est mêlé sur tous les aspects médicaux mais il l'est un peu moins sur l'aspect organisationnel. Il sait, c'est naïseux, il sait où est la cafétéria, il sait comment ça marche, une pagette, il sait comment faire signe à son patron s'il y a quelque chose. Puis ça, ça ne marchait pas. Il sait comment on parle à un patient aussi. Il sait comment est-ce qu'on obtient un consentement et ces affaires-là, ce que le DHCEU ne savait pas nécessairement quand il arrivait ici. Après dix ans de pratique XYZ, bien on se fait une façon de faire. Fait que c'est à réapprendre. Pour ça, notre stage de six semaines, autant avec les patients, les ECOS, ces choses-là, je pense qu'on est capable. En tout cas, on les aide. Est-ce qu'on les aide à 100%, je ne le sais pas, mais c'est beaucoup mieux. (UdS)

3.2.2.2.5. *Stage non-contributoire et hors-cursus (jusqu'à 3 mois)*

L'Université Laval propose des stages non-contributoires et hors-cursus à tout résident lorsque « la première moitié du premier stage de médecine familiale s'enlignait pour être catastrophique, on peut y mettre fin avant que ce soit un échec [...] on a droit une fois par résidence, de faire jusqu'à trois mois de stages non-contributoires ou hors-cursus. »

Ce ne sont donc pas des stages spécifiquement destinés aux DHCEU. Cependant, l'UL nous a mentionné « qu'un bon pourcentage de [ses] candidats DHCEU fait ce stage-là parce que c'est une grosse adaptation quand même ». C'est une adaptation culturelle et professionnelle qui peut être parfois plus longue à acquérir quand on a longtemps exercé d'une façon très différente de ce qui se fait au Québec et la supervision constante peut en perturber certains.

[Q]uelqu'un par exemple qui a pratiqué pendant 15 ans et là, retourne aux études à toutes fins pratiques. Avec des superviseurs, dans un milieu inconnu avec une façon de travailler qui est un peu différente... parce qu'il y a l'aspect culture, culture tout court. Il y a la culture médicale. Mais il y a aussi juste l'aspect professionnel qui est très différent. (UL)

Ainsi, nous constatons une accumulation de stages, de mises à niveau et d'évaluations après la reconnaissance des compétences professionnelles par le CMQ avec la remise de l'équivalence du diplôme MD. Les DHCEU doivent démontrer qu'ils sont compétents, qu'ils vont « suivre la cadence » et être « performants » afin de suivre en résidence, sans aucune certitude pour eux d'être sélectionnés pour ce retour aux études.

Cependant, si nos répondants ont souligné que certaines initiatives avaient facilité leur processus, il reste encore des blocages majeurs qui peuvent avoir pour conséquence leur exclusion du processus.

3.2.2.3. Les facilitateurs

Selon les DHCEU et les acteurs que nous avons rencontrés, deux activités ou programmes sont considérés comme facilitateurs dans leur parcours de reconnaissance, nous les présentons ici : **le programme du CÉDIS** qui combine le stage pratique et la préparation aux entrevues pour entrer en résidence et la **journée d'information spéciale destinée aux DHCEU** organisée par le BCI et les facultés de médecine du Québec.

3.2.2.3.1. CÉDIS et CREMCV

Comme nous l'avons exposé précédemment, nos répondants ont une très bonne opinion du programme du CÉDIS.

Les DHCEU, d'abord, considèrent qu'il a facilité leurs démarches pour accéder à la résidence puisqu'ils ont enfin pu accéder à des stages pratiques, que ce stage est reconnu par les facultés et donc les affranchissent du critère de l'éloignement de la pratique comme l'a expliqué Eya : « Donc c'est pour ça que je veux faire le CÉDIS pour qu'ils ne me parlent plus d'éloignement. »

Mais c'est aussi lorsque le CÉDIS leur suggère de se réorienter (avec le programme du CREMCV) qu'ils peuvent développer plusieurs stratégies et se donner des objectifs à atteindre, l'obtention du permis d'exercice du CMQ étant l'un de ces objectifs. Sabrina, par exemple, estime que le

CREMCV fait « un travail formidable », notamment quand il s'agit de se préparer « un plan B ». Le CREMCV les aide également en français pour rédiger leurs documents afin de compléter leurs dossiers d'inscription.

Les DHCEU que nous avons rencontrés estiment que la journée de préparation aux entrevues est une bonne chose pour eux. Les DHCEU apprécient beaucoup cette initiative. Lors de cette journée, on leur explique d'abord comment fonctionne le système de santé au Québec, quels types d'établissements peuvent les accueillir pour leur résidence, quelles questions peuvent leur être posées, pourquoi et comment y répondre. Ensuite, ils sont mis en situation et doivent simuler des entrevues avec un jury lors desquelles ils jouent tour à tour le rôle de jury et de candidat.

Nous avons assisté à l'une de ces journées et avons pu recueillir les impressions des participants lors de notre prise de notes. Ils sont unanimes pour dire que c'est « très utile », « très efficace », « bénéfique », « très informatif », « très brillant ». Certains en voudraient plus, ils pensent que deux jours, ce serait plus efficace. Voici ce qu'ils ont dit : « pour moi, c'était ok, merci beaucoup, mais pas suffisant. J'aurais besoin de un jour de plus pour pratiquer, toutes les questions, pas seulement une », « c'est pas assez », « mais je pense que cet atelier soit en deux jours pour pratiquer pendant un jour complet et un peu plus tôt car il ne reste qu'un mois avant les entrevues ». Une des personnes présente suggérait même d'être filmés pour un meilleur apprentissage avec rétroactions. Ils ont apprécié les liens qui sont faits dans cette préparation avec CanMEDS : « comment inclure le CanMEDS dans mes réponses, ça a apporté beaucoup d'éléments ». Un autre a souligné avoir compris que « une entrevue, ça se prépare ! ». En conclusion, lors de cette journée, ils sont « arrivés avec beaucoup de questions » et « maintenant, [ont] une base pour commencer » et « beaucoup de choses [qu'ils] ne connaissaient même pas [qu'ils] viennent de découvrir ».

Ensuite, pour les facultés, les critères d'évaluation de l'examen et du stage CÉDIS sont un gage de sélectionner les meilleurs, les plus aptes à réussir la résidence, puisqu'ils cela résulte d'un jugement de leurs pairs médecins :

Donc, on a des candidats qui ont été observés par des pairs, des médecins de famille, pour la grosse majorité des cas, pendant trois mois et qui nous donnent une opinion, une opinion sur l'aptitude de ce médecin-là. (UL)

Selon le rapport annuel 2019-2020 du CÉDIS (p.11) « sur les 189 candidats qui ont complété le processus (évaluation initiale et stage), 141 (75%) l'ont réussi et ont été reconnus aptes à entreprendre un programme de résidence en médecine par des experts du milieu académique. » Dans ce même rapport, on apprend que 122 DHCEU qui sont passés par le programme ont été acceptés en résidence.

Le CÉDIS a obtenu les statistiques du BCI de réussite des DHCEU étant passés par le CÉDIS. Il ressort que ces derniers « prennent moins de temps (117,4 semaines) pour compléter leur résidence que les candidats DHCEU qui ont été admis directement en résidence (122,1) par les facultés de médecine. » Cinq semaines d'écart ne représentent pas un écart significatif, mais comme il s'agit d'une moyenne, nous n'avons pas les chiffres les plus élevés et les moins élevés pour avoir une vue plus large du résultat. Les chiffres d'abandon en cours de résidence en revanche sont intéressants. Si 1% des diplômés du Québec abandonnent leurs études en cours de route, ce sont seulement 2% des DHCEU passés par le CÉDIS contre 10% pour ceux qui sont sélectionnés directement par les facultés.

3.2.2.3.2. *Journée d'information à l'intention des DHCEU*

Nos participants nous ont parlé de deux séances d'information pour les DHCEU. La première, organisée par le CMQ, consistait en une demi-journée pendant laquelle le Collège des médecins du Québec communiquait de l'information sur tout le processus depuis les examens jusqu'à la résidence. Quelques DHCEU l'ont suivie et certains sont sortis de cette rencontre démoralisés par les taux d'échec et « l'arrogance » (Divine) de certains médecins. Ce n'était pas une séance qui semble avoir donné beaucoup d'espoir aux DHCEU comme nous l'a confié Yasmine : « Et quand j'ai vu toutes les démarches qui, qui était, surtout ils nous avaient affiché les statistiques des résultats d'examen. Ça m'avait choqué parce qu'il y avait un taux d'échec très élevé et qu'il y avait comme 4 examens et puis, plus on avançait, plus les examens étaient difficiles. » Cette séance ne se donne plus, le CMQ transmet maintenant l'information à partir de son site web. Même si les DHCEU étaient découragés par cette rencontre, on peut se demander pourquoi le CMQ a privilégié une information virtuelle alors que plusieurs de nos répondants ont mis de l'avant les bénéfices des interactions humaines dans la compréhension du processus et l'accompagnement individuel.

En revanche, la journée d'information à l'attention des DHCEU organisée par le BCI en collaboration avec les facultés est plutôt bien accueillie par les DHCEU ayant participé à cette journée. Pour Ali par exemple, cette rencontre « était magnifique » et est allée « au-delà de [ses] attentes » et selon André, « c'est vraiment une séance qui aide beaucoup ». Pour Layla, « c'était très utile ». C'est pour eux l'occasion de poser toutes questions qu'ils ont par rapport au dossier du CaRMS et pour préparer l'entrée en résidence, même si selon quelques-uns, elle arrive très tard dans le processus.

Cette journée est financée en partie par le CÉDIS, donc par le MSSS. Elle s'adresse aux DHCEU qui ont reçu leur équivalence du diplôme MD du CMQ et qui ont reçu une lettre du BCI les

informant de leur admissibilité au CaRMS¹³⁷. Ils sont invités par la même occasion à participer à cette journée qui est gratuite et non obligatoire. Selon le BCI, ce sont entre 50 et 100 personnes qui y participent chaque année.

Pendant toute la journée, des représentants des quatre facultés de médecine du Québec présentent les principaux programmes de formation postdoctorale, les attentes et les critères d'admissibilité pour que les DHCEU comprennent comment se fait l'évaluation de leur dossier et ce qui les attend en résidence. Sont présents également un représentant de CaRMS qui vient expliquer la procédure d'inscription et un représentant du CMQ qui vient parler et présenter le référentiel CanMEDS. Enfin, un ou une DHCEU en résidence vient témoigner de son expérience et partager quelques « trucs ».

C'est l'occasion pour les représentants des facultés de répondre aux très nombreuses questions des DHCEU, une information qui n'est pas celle du réseau d'amis et de connaissances. Les facultés de médecine apprécient aussi d'être là justement pour informer le plus justement possible les DHCEU de ce qui les attend. Cependant, les intervenants et organisateurs mettent un point d'honneur à être le plus clairs possibles concernant les attentes pour la résidence, comme en témoigne l'UdM :

Ah je trouve ça essentiel que ça ait lieu. Encore une fois, j'ai trouvé que, j'avais le préjugé on ne disait tellement pas la vérité aux gens que c'est pour ça qu'ils arrivaient si désolés. Mais vous, moi ce que j'ai constaté, c'est que les, les points sur i et puis les barres sur les t étaient vraiment dites. En même temps je comprends les gens de s'essayer pareil. (UdM)

Nous avons eu le privilège d'être invitée à la journée de novembre 2018. Cinquante-quatre DHCEU étaient présents, répartis également entre hommes et femmes. C'est une journée dense avec une douzaine de présentations pendant laquelle on dispense beaucoup d'information d'un coup. D'ailleurs, certains DHCEU qui ont assisté plus d'une fois à cette séance d'information nous ont confié avoir été plus réceptifs la deuxième fois comme Kensia, car à la première, elle « était sur un nuage » d'avoir réussi les examens et obtenu son équivalence du CMQ. Elle n'a pas apprécié la première fois car elle s'est sentie découragée et nous explique pourquoi :

[L]a première fois, moi, je trouve que la première fois, on se sentait un peu plus agressé parce qu'on ne connaissait pas vraiment le système. On était encore plus sur un nuage. Ah, j'ai réussi les examens, j'ai le droit aussi de rentrer au CaRMS. Et puis là, on était un peu sur les nuages. Et puis là, quand les directeurs des universités parlaient, les gens parlaient, on se sentait comme ... moi, personnellement, je me sentais agressée, je me sentais comme s'ils t'attaquaient, quand ils te disent que, ah, tu as déjà eu tant de non pratique, tu ne peux pas accéder. Mais c'est sûr que même si tu appliques, tu n'as pas beaucoup de chance qu'on t'accepte, surtout médecine familiale. (Kensia)

¹³⁷ Un exemple d'une lettre d'admissibilité est disponible sur le site du BCI. <https://www.bci-qc.ca/dhceu/>

Nous avons constaté que les DHCEU posaient énormément de questions auxquelles les conférenciers ont répondu sans détour. Ils ont notamment, et à plusieurs reprises, expliqué à quel point l'entrée en résidence était « compétitive », qu'il « faut être conscient de la notion de compétition », que la résidence c'est « exigeant », qu'il y a des « défis », que cela « va être difficile » et qu'il faut bien comprendre que c'est un retour aux études avec des plus jeunes qui n'ont pas forcément les mêmes obligations familiales. À peu près tous les intervenants ont dit à quel point c'était « compétitif ».

La majorité des questions des DHCEU ont porté sur les lettres de recommandation. Les intervenants ont pu leur expliquer comment elles étaient utilisées, ce qu'elles devaient contenir comme information. Également, une attention particulière a été portée aux stages d'observation et au stage du CÉDIS. Les responsables des programmes ont expliqué comment ils étaient considérés dans le dossier. Ces informations ne se trouvent pas sur les sites web, c'est donc un complément important. Enfin, ce que l'on ne trouve pas sur les sites des universités ou du CMQ non plus et qui représentent des critères d'exclusion, l'éloignement de la pratique et le score nécessaire au test de français international ont été mentionnés lors de cette rencontre et sont considérés comme des blocages. Nous détaillons ces blocages dans la partie suivante et expliquons où cette information est finalement accessible.

3.2.2.4. Les blocages

Nous avons vu précédemment que les stages pouvaient constituer pour certains DHCEU un blocage dans le processus de reconnaissance de leurs compétences. L'analyse des entrevues et notre participation à la journée d'information des DHCEU et à la préparation aux entrevues de jumelage nous permettent d'identifier deux blocages majeurs à l'accession à la résidence pour les DHCEU : le critère concernant **l'éloignement de la pratique des DHCEU** pendant leur processus de reconnaissance de la formation initiale et **l'évaluation du français** à l'étape des jumelages pour l'entrée en résidence.

3.2.2.4.1. *L'éloignement de la pratique comme critère d'exclusion*

Les facultés de médecine familiale du Québec ne considéreront pas un dossier d'entrée en résidence si le candidat n'a pas pratiqué la médecine depuis plus de quatre ans parce qu'elles estiment que les DHCEU ne sont plus au niveau nécessaire pour suivre en résidence, comme nous l'a confirmé l'UdM : « [d]ans certains programmes, le critère de sélection, c'est que, s'ils ont fait, s'ils sont éloignés de la pratique médicale ou de la formation médicale pour plus de quatre années, on n'étudie pas les candidatures, considérant qu'ils sont, que leur formation est trop loin, leur formation initiale, la pratique et qu'on ne réussira pas, dans les temps dévolus à les ramener au

niveau attendu. » C'est un critère propre aux facultés de médecine familiale du Québec et qui, selon l'UdS ne mène pas à l'exclusion du dossier, mais qui ne donne aucun point.

Et ça, les quatre facultés en médecine de famille sont les seules à avoir une règle d'éloignement de la pratique qui n'était pas interprétée de la même façon d'ailleurs par les francophones et par les anglophones mais qui était d'avoir eu une pratique significative avec quelque chose qui ressemble un peu à la médecine de famille. [...] Donc quelqu'un qui était éloigné de plus de quatre ans, ça ne veut pas dire qu'il n'est pas pris mais ça veut dire que son dossier n'a pas, je ne sais pas combien de points ils donnent pour ça, mettons 15 points, mais il va avoir 0 sur 15. (UdS)

Le nombre d'années n'est pas clair dans les esprits de nos répondants, pour certains c'est quatre ans, pour d'autres c'est trois ans, DHCEU comme acteurs. Seules les facultés sont toutes d'accord sur les quatre années. Cette information ne se trouve que sur le site du CaRMS, et pas depuis longtemps¹³⁸.

Cela oblige certains DHCEU à retourner pratiquer dans leur pays pour se contourner ce critère d'exclusion, ou en tout cas à l'envisager, comme Ali, même s'il doit laisser sa famille au Québec. Ce qui fait dire à Yasmine, de façon sarcastique et un peu énervée : « parce que c'est sûr que c'est très facile de se déplacer, de retourner dans son pays, avec toute sa famille et de trouver un emploi là-bas. En tout cas, excusez mes commentaires qui ne sont pas... appropriés, mais ... »

Le MSSS est au courant que la période de reconnaissance du diplôme MD peut être assez longue et faire en sorte que le délai soit dépassé lorsque les DHCEU sont prêts pour faire leur demande au CaRMS : « Donc généralement, la plupart, il y en a qui dépassent les trois ans dans le processus. Donc ils arrivent au CaRMS : ah non, vous n'avez pas exercé depuis trois ou quatre ans. Il y a ça comme critère aussi. J'ai déjà entendu des gens, des DHCEU. » (MSSS) Nous constatons ici que le MSSS parle de trois années au lieu de quatre.

L'éloignement de la pratique ne concerne pas seulement les DHCEU qui veulent entrer en résidence. Ceux qui ont choisi la voie du permis restrictif doivent avoir exercé 12 mois dans les 24 derniers mois. Par exemple, il a fallu beaucoup de temps à Andréa pour réussir l'examen de français et l'examen du CMC, ce qui l'a obligée à retourner au Mexique pratiquer la médecine pendant un an avec son bébé en laissant son conjoint au Québec. Puis pour des questions administratives et de changement au niveau des permis restrictifs, elle a dû retourner une deuxième fois au Mexique pratiquer la médecine pendant un an.

Les DHCEU ne considèrent pas que l'éloignement de la pratique soit un problème car pour eux, les années d'études et de pratique ne s'oublient pas. Yasmine « ne considère pas que c'est un

¹³⁸ Nous avons effectué la recherche de ces critères sur le site du CaRMS le 4 mars 2021, il nous a fallu passer à travers sept pages du site pour parvenir à trouver cette information et nous savions précisément ce que nous cherchions.

problème. » En effet, elle nous a certifié : « Je pars du principe que ce que j'ai appris, c'est enregistré. Je ne peux pas l'oublier. Je suis médecin, c'est quelque chose qu'on ne peut pas m'enlever. Sept ans d'études, ce n'est pas six mois, là. C'est sept années. »

Les DHCEU estiment que les facultés devraient tenir compte du fait que cela prend du temps de réussir les examens pour obtenir la reconnaissance de l'équivalence du diplôme MD par le CMQ, sans compter le temps de francisation pour les allophones. Kensia nous a dit à ce sujet : « je serais en résidence si ça avait marché. Parce que l'affaire, c'est qu'ils savent tout le tralala qu'on doit passer pour arriver là. Et puis dès qu'on arrive là, ils nous disent que ça fait trop de temps qu'on n'a pas pratiqué et on ne peut pas rentrer en résidence.

Lors de la journée d'information pour les DHCEU, de nombreux DHCEU ont exprimé leur frustration par rapport à ce critère. Mais la réponse des représentants des facultés était sans ambiguïté : il n'y a aucune chance de revenir sur ce critère. Une des présentatrices explique que « c'est pour protéger tout le monde, si vous n'avez pas ça, vous n'êtes pas admissibles au programme. »

La compréhension du critère d'éloignement de la pratique peut engendrer des interprétations. En effet, un de nos répondants, qui a décidé de ne pas faire le parcours de reconnaissance de sa formation initiale en arrivant parce que financièrement pour lui ce n'était pas possible, a choisi de devenir infirmier et a entamé un DEC en soins infirmiers après un refus d'admission au baccalauréat en sciences infirmières. Il a encore espoir de pouvoir entamer le processus et n'est pas inquiet pour ce critère. Il ne se demande pas si les facultés considéreront qu'une pratique d'infirmier est suffisante pour l'absoudre du critère d'éloignement de la pratique car pour lui, c'est au contraire une garantie :

Rester quand même auprès des services de santé et ne pas m'éloigner. Et puis quand on va revenir pour postuler la demande tout en espérant qu'on puisse ouvrir la porte, qu'on ne me dise pas qu'on est en **éloignement clinique**. (Emmanuel)

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse mentionnait déjà dans son rapport en 2010 (Archambault et al., 2010) que ce critère était discriminatoire et menait à l'exclusion de certains candidats puisque le temps nécessaires à la préparation et la réussite de tous les examens demandés par le CMC pour l'obtention de l'équivalence du diplôme MD par le CMQ dépassait souvent les quatre ans. Elle demandait d'ailleurs aux universités de s'engager « à réviser les processus et critères de sélection présentement en vigueur de sorte que les médecins DHCEU aient un accès réel au programme de formation postdoctoral en médecine. » (Archambault et al., 2010, p. 15)

Si depuis 2010 des améliorations ont été apportées avec le programme du CÉDIS et la possibilité de faire un stage pratique de 14 semaines qui annule en quelque sorte ce critère, il n'en reste pas moins que le nombre de participants à ce programme est limité à 20 par année ce qui stoppe plusieurs DHCEU dans leur processus de reconnaissance et les éloigne encore plus, voire les exclut du processus les empêchant d'atteindre leur objectif, soit d'exercer leur profession au Québec.

3.2.2.4.2. *Le test de français international comme critère d'exclusion*

Les facultés veulent s'assurer que les DHCEU ont le niveau de français adéquat pour suivre la formation postdoctorale. C'est pour cela qu'elles demandent aux candidats de démontrer un bon niveau de français en ayant un très bon score au Test de français international (TFI), soit 860/990¹³⁹. Tout comme l'éloignement de la pratique, c'est un critère d'exclusion à l'entrée en résidence, ce qui est confirmé par l'UdM : « médecine de famille a établi des critères d'exclusion pour ne pas convoquer les DHCEU en entrevue, [...] il y en a très peu, c'est la non maîtrise du français, éloigné de la pratique ou la formation éloignée depuis plus de 4 ans, puis c'est à peu près tout. »

On peut se demander si un score élevé au TFI est la réponse à l'incertitude des facultés sur la capacité des DHCEU à comprendre la matière enseignée ou encore à rédiger correctement en français. C'est un point qui a d'ailleurs été souligné par le Commissaire dans son rapport sur l'organisation de la formation d'appoint à l'université en réponse à la prescription d'un ordre professionnel (Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles, 2016a). En effet, le TFI est un examen qui atteste d'un bon niveau de français, mais ce n'est pas un vocabulaire médical spécialisé qui est évalué.

Les DHCEU qui peuvent démontrer qu'ils ont étudié en français n'ont pas besoin de passer le TFI, mais certains de nos répondants francophones l'ont quand même passé pour s'assurer que ce ne sera pas l'occasion de ne pas considérer leur dossier.

Moi, on m'a dit que les facultés de médecine, si tu as fait toutes tes études en français, tu n'as pas à faire cet examen-là, le TFI, le test de français international. Mais on m'a dit que quand les programmes reçoivent une tonne de demandes, une tonne de dossiers, ça devient une parmi les raisons pour éliminer des dossiers. Vous voyez? Par exemple, moi, j'ai étudié en Tunisie. Un autre dossier a étudié en Tunisie. Les deux, on a étudié en français. Mais lui, il a le TFI. Moi, je n'ai pas le TFI dans mon dossier. Vous comprenez? Donc je l'ai fait pour qu'il soit dans mon dossier, ils n'ont pas de raison de m'exclure pour la langue. (Eya)

¹³⁹ En comparaison, l'UdM demande aux immigrants qui désirent s'inscrire au programme d'actualisation en droit un score minimum de 605/990 (tout comme en urbanisme) avec l'imposition de suivre un ou deux cours de français quand le score se situe entre 605 et 780. <https://admission.umontreal.ca/programmes/programme-dactualisation-de-formation-en-droit/admission-et-exigences/> et à ceux qui doivent suivre le programme de qualification en pharmacie un score minimum de 785/990. <https://admission.umontreal.ca/programmes/qualification-en-pharmacie/admission-et-exigences/> tout comme en optométrie, en physiothérapie ou encore en travail social.

Lors de la journée d'information pour les DHCEU, ils étaient nombreux à se plaindre de cette exigence. Un des participants trouvait que « c'est un très haut niveau, je l'ai passé quatre fois ! » Et cela l'empêche d'être accepté en résidence. Et évidemment cela augmente le temps d'éloignement de la pratique. Un autre participant qui demandait si avec son score à 840 au lieu de 860 sa demande pourrait malgré tout être considérée, on lui a répondu que « cela demeure un critère comme condition essentielle pour le succès de la formation. C'est un critère qui a été déterminé à partir des échecs vécus, ce qui fait que des gens ont échoué. » Cependant, les intervenants étaient « ouverts à un autre outil si c'est possible à un moment ». On ne sait pas quel autre outil ni à quel moment. Une des intervenantes a précisé : « le test de français vise à nous assurer que les candidats sont capables de parler, rédiger, communiquer. » Elle a expliqué que « les compétences de langue sont très importants pour la réussite de la résidence, c'est très dur pour ceux qui n'ont pas les compétences en anglais ou en français. » Et de conclure : « ce n'est pas pour vous exclure, mais pour que vous profitiez de votre formation. » Il n'en reste pas moins que c'est un critère d'exclusion et un blocage pour certains de nos répondants.

Nous avons exposé dans cette deuxième sous-section qu'une fois que les DHCEU ont obtenu leur équivalence du diplôme MD délivrée par le CMQ, ils doivent encore faire la preuve aux acteurs institutionnels qu'ils ont les compétences nécessaires pour obtenir leur permis et exercer comme médecin. D'autres épreuves les attendent, notamment réussir une formation postdoctorale en résidence qui peut durer de deux à sept ans. Cependant, l'entrée en résidence n'est pas automatique. Ils doivent se soumettre, comme tous les candidats diplômés du Canada, à l'étape du jumelage qui leur permettra, s'ils répondent aux critères déterminés par les facultés de médecine et dans la limite des places octroyées par le MSSS, d'accéder à la résidence. Nous avons constaté que plusieurs DHCEU ne réussissent pas à passer l'étape du jumelage à cause de deux blocages majeurs : l'éloignement de la pratique depuis plus de quatre ans et l'échec du test de français international. Si pour les facultés ces deux critères sont là pour réduire l'incertitude qu'ils ont par rapport à la réussite des DHCEU en résidence qui est un programme « exigeant » et « compétitif », pour les DHCEU, ce sont des critères qui peuvent les exclure du processus, de façon définitive parfois.

Nous avons voulu savoir pourquoi certains médecins doivent recommencer leur résidence pour exercer une profession qu'ils exerçaient déjà dans leur pays d'origine. Dans la prochaine sous-section, nous exposons les explications de nos répondants.

3.2.3. Légitimité et reconnaissance institutionnelle

Dans cette troisième sous-section du parcours de la reconnaissance des compétences, nous abordons cette reconnaissance du point de vue de la légitimité. En effet, pourquoi les DHCEU qui se sont

formés et exerçaient comme médecins dans leurs pays d'origine doivent-ils recommencer leurs études dans la voie du permis régulier ? Pourquoi, les médecins qui choisissent la voie du permis restrictif n'ont pas à passer à travers toutes les épreuves de la voie du permis régulier ? Pourquoi reconnaît-on les compétences rapidement sur les permis restrictifs et pas celle des autres DHCEU sur les permis réguliers ?

3.2.3.1. Pourquoi certains médecins doivent recommencer leur résidence pour exercer une profession qu'ils exerçaient déjà dans leur pays d'origine ?

Nous avons posé cette question à tous les acteurs de notre échantillon (sauf les cégeps et l'OIIQ qui ne s'occupent que des infirmières). Nous voulions avoir leur avis et leur perception de la légitimité de la formation initiale, du diplôme étranger obtenu et de l'expérience professionnelle acquise à l'étranger. Nous rappelons que les DHCEU ont, pour la majorité, été sélectionnées par le gouvernement québécois selon leur niveau de qualification pour ce qui est des résidents permanents. Ils s'attendent donc à exercer cette profession, dans un délai raisonnable, après leur arrivée.

Les médecins formés à l'étranger doivent, dans un premier temps, faire valider leurs diplômes et passer des examens afin d'obtenir leur équivalence du diplôme MD délivrée par le CMQ. Il est à noter que ce n'est pas vraiment le CMQ qui est maître d'œuvre de ce volet puisque c'est le CMC qui s'occupe de la vérification des diplômes et qui opère les examens, à part la CNE. Généralement, les ordres professionnels prescrivent des formations complémentaires ou des mises à niveau. Pour les médecins, c'est un peu différent et beaucoup plus long.

Ce qui ressort de nos échanges avec les acteurs et que nous présentons ici, c'est que, pour évaluer les compétences des DHCEU et s'assurer qu'ils pourront exercer leur profession en respectant « la protection du public », nos répondants s'appuient sur des standards et des normes de qualité. Également, certains acteurs considèrent que c'est le choix des DHCEU de passer par le processus de permis régulier alors que, selon eux, la voie du permis restrictif, plus rapide, est une option qui est à leur portée.

3.2.3.1.1. *Standards, normes et qualité nord-américains*

L'obligation de réussir tous les examens et de refaire une résidence est là pour rassurer les acteurs comme le CMQ et les facultés de médecine sur les compétences théoriques et pratiques des DHCEU. Ils veulent avoir la certitude que les DHCEU pourront pratiquer selon les standards et les normes nord-américains et québécois pour répondre à la protection du public.

Même si le diplôme a été reconnu par le CMC, première étape dans le processus, la qualité de la formation initiale et de la pratique par rapport aux normes et standards nord-américains sont remis

en question, il subsisterait un doute quant à la « rigueur » des formations et des compétences acquises ailleurs qu'au Canada et aux États-Unis. C'est un jugement de la qualité de la formation initiale et des pratiques acquises dans un contexte qui n'est pas nord-américain, et pas seulement de la part du CMQ et des facultés de médecine. Le CÉDIS, le BCI et quelques organismes mentionnent également que les DHCEU doivent « montrer qu'ils ont minimalement les normes requises pour exercer leur profession ici d'un point de vue sécuritaire et éthique » (BCI).

Bien, c'est que les standards ne sont pas les mêmes partout dans le monde. [...] Donc, il y a... sans doute, une reconnaissance de la qualité de la formation dans ces facultés de médecine nord-américaines et sur les critères permettant d'y être admis. On a... par ailleurs, il semble que, par ailleurs, aucune garantie dans d'autres pays, dans certains pays que cette rigueur-là soit autant au rendez-vous. Et que des personnes aient pu être admises en médecine sans qu'il y ait les mêmes compétences à la base que, heu, que ceux qui sont admis ici dans le contexte nord-américain. Et puis, après ça, la qualité des programmes semble selon les organismes qui s'en occupent, semble peut-être moins rigoureuse, moins élevée qu'aux États-Unis et au Canada. Donc, c'est, c'est la réponse sans doute que feraient les facultés de médecine et le Collège des médecins. (CÉDIS)

Certains de nos répondants nous disent qu'il s'agirait peut-être de « méconnaissance » ou de « sous-estimation de la crédibilité du diplôme obtenu à l'étranger » (MTESS) ou encore qu'« il y a certaines formations, [...] dans certains pays qui ne correspondent pas à la formation exigée par le Collège. » (MSSS) Au Collège des médecins, on « pense qu'il y a des pays où les normes de formation ne sont pas équivalentes. »

Des organismes qui accompagnent les DHCEU trouvent « paradoxal » (CREMCV) que les DHCEU soient obligés de refaire une résidence au complet afin de prouver qu'ils ont les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de leur profession au Québec. Par exemple, au CREMCV, on suggère plutôt une mise à niveau de leurs « lacunes », avec supervision, comme cela se fait déjà pour les DHCEU de la voie du permis restrictif et on souligne que : « Tout le monde comprend qu'ils doivent être, comme j'ai dit, mis à jour, supervisés peut-être, etc. Il n'y a pas beaucoup de monde qui dit non à ça. Moi, je les rencontre. Il n'y a personne qui m'a dit : ah non, je devrais commencer demain matin. Tout le monde est suffisamment conscient de dire que quand c'est différent, il faut adapter l'intervention, les connaissances, le vocabulaire, etc. »

Cette idée de mise à jour plus personnalisée a été mentionnée plusieurs fois par des organismes qui accompagnent les DHCEU, qui, s'ils trouvent tout à fait normal de se mettre à jour des standards nord-américains dans la pratique médicale au Québec pour répondre à la protection du public, estiment que « refaire tout au complet la résidence [est] une demande exagérée » (OT) et que l'on pourrait « peut-être avoir une approche un peu plus balisée, mais un peu plus personnalisée. » (Q2)

Selon ces derniers, cela peut se faire « sans compromis à la qualité et à l'équité pour les personnes qui sortent d'universités ici. »

3.2.3.1.2. « La pratique médicale antérieure ne s'exporte pas »

Afin de justifier cette mise à niveau aux standards nord-américains par les facultés pour répondre à la protection du public, celles-ci affirment que « malheureusement, la pratique médicale faite antérieurement, ne s'exporte pas. Et c'est ça la fausse croyance. » (UdM) Ceci s'explique parce que les « critères de bonnes pratiques sont en fonction du contexte de soins qu'on peut offrir. » (UdM) Ainsi, la pratique de la médecine ne serait pas universelle, même si les connaissances de base le sont comme « la connaissance de l'anatomie, et tout ça, mais ça s'arrête là. » (UdM) Et cela même pour certains DHCEU qui font une résidence dans leur spécialité initiale, « même s'ils restent dans la même branche, c'est souvent une nouvelle carrière, ou presque, la pratique. » (UdS) Ce n'est pas seulement la pratique qui est jugée différente, mais c'est également une « discipline médicale » (UdS) ou une « culture médicale très différente. » (UL) Il est fait mention du rôle du médecin de famille par exemple qui, tel qu'il est défini dans CanMEDS, est plus important que dans d'autres pays. C'est là un rappel aux normes canadiennes.

Les personnes rencontrées dans les facultés de médecine, qui sont toutes médecins, ont toutes souligné pour appuyer ce jugement qu'elles-mêmes ne « pourrai[ent] pas aller pratiquer en France actuellement » (UL) ou qu'elles seraient « un danger public » (UdM) avec leur formation, leurs normes, leurs standards et leurs façons de pratiquer nord-américains si elles devaient aller « pratiquer en Afrique » par exemple. Elles expliquent que leurs « critères de bonnes pratiques sont en fonction du contexte de soins qu'on peut offrir. » (UdM)

Si elles se jugent inaptes à exercer ailleurs dans un contexte assez éloigné de leur environnement médical habituel, elles ont le même avis concernant certains DHCEU et pensent « que ce serait une catastrophe de leur permettre d'exercer directement. » (UL) Les DHCEU doivent donc réapprendre la pratique médicale, selon les normes canadiennes, ce qui va au-delà des connaissances de base qui se ressemblent.

3.2.3.1.3. « C'est leur choix »

Nous avons vu qu'il existe plusieurs voies d'obtention d'un permis d'exercice. Alors que les DHCEU que nous avons rencontrés ne sont pas tous au courant de cette possibilité, pour des acteurs comme le CMQ ou les facultés de médecine, les différentes options sont claires et l'information est disponible. Ils nous répondent alors que « c'est leur choix » (CMQ, UdM) de passer par la voie du permis régulier et de la résidence et estiment que la voie du permis restrictif est, cependant, la meilleure et la plus rapide. D'un autre côté, des acteurs comme le MIDI se demande ce qui explique

la réussite des DHCEU qui viennent via le permis restrictif vs ceux qui passent par le permis régulier puisque « [p]ar la filière temporaire, ça semble bien aller. On va chercher des médecins. [...] On va chercher via les permis restrictifs et puis ça, ça va, là je n'arrive pas à comprendre pourquoi via un permis restrictif ils arrivent et ça se passe bien, alors que par la filière régulière ça ne marche pas, je ne sais pas. » (MIDI)

Il faut être parrainé pour la voie du permis restrictif si l'on ne bénéficie pas d'un ARM et cela doit répondre à un besoin dans un établissement. Andréa, résidente permanente, avait commencé les démarches pour la voie du permis restrictif, mais les obligations de réussites du EACMC1 et des examens de français l'ont obligée à retourner deux fois pendant plusieurs mois, avec son bébé, au Mexique pour éviter l'éloignement de la pratique. Son employeur l'attendait encore 3 ans après, mais les règles administratives en immigration ayant changé, elle a finalement dû s'orienter dans une autre voie.

3.2.3.2. Une « chasse gardée de l'Ordre » ?

Les ordres professionnels au Québec doivent, entre autres, « contrôler la compétence de leurs membres » en s'assurant que « chaque candidat à l'exercice de la profession [...] possède la formation et la compétence requises.¹⁴⁰ »

Dans la voie du permis restrictif, le CMQ travaille de concert avec le MIFI quand il s'agit d'immigration temporaire, le MSSS, RSQ et les établissements pour les places de stages et les offres d'emploi pour les DHCEU. Pour les diplômés de France, la reconnaissance a déjà été établie avec l'ARM qui détermine des mesures compensatoires comme le stage. Pour les autres, ce sont des tierces parties¹⁴¹ qui s'occupent de la reconnaissance des compétences au moyen d'examens, soit le CMC et l'OQLF.

En revanche, dans la voie du permis régulier, le CMQ confie à des tierces parties la totale administration des épreuves de reconnaissance des compétences : le CMC en ce qui concerne les examens et la certification des diplômes, les facultés de médecine en ce qui concerne la formation de mise à niveau et l'OQLF pour l'examen de français.

¹⁴⁰ Office des professions du Québec. Ordres professionnels. Rôles et responsabilités des ordres professionnels. <https://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels>

¹⁴¹ Selon le Commissaire, il s'agit de « toute organisation publique ou privée ou tout individu agissant à titre de consultant ou de consultante ou bien d'expert ou d'experte externe aux instances de l'Ordre qui intervient dans le processus de reconnaissance d'une équivalence ou qui y contribue indirectement (par exemple, via l'élaboration de méthodes ou d'outils). » Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles. (2013). *Portrait des mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles. Implication des tierces parties dans les processus d'équivalence des ordres professionnels*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/Portrait_TiercesParties2013.pdf

Quelques acteurs se questionnent sur la place et le pouvoir réel des ordres professionnels. Certains pensent que pour la reconnaissance des compétences des DHCEU, « il y a quelque chose au niveau d'une chasse-gardée de l'Ordre des médecins » (PROMIS) et que celui-ci ferait en quelque sorte du *lobbying* pour protéger ses membres : « Moi ce que ça m'apparaît, c'est que les ordres professionnels, surtout celui des médecins, c'est le phénomène de la rareté. Moins on est, plus on vaut cher, alors c'est juste pour garder leur salaire élevé. C'est une opinion personnelle qui est fondée ou peut-être pas. Je ne sais pas. » (OT) Plusieurs acteurs ont partagé avec nous un ressenti, une perception d'un ordre professionnel tout puissant qui protège ses membres et qui sous-estime la valeur des diplômes des DHCEU, comme en témoignent les propos du MTESS :

[réfléchit] J'entends des choses, mais là ce n'est pas appuyé sur des, sur du vécu ou, mais, il y a de la résistance, dans ce que j'ai entendu, du protectionnisme quand même des ordres professionnels, qui provient des ordres professionnels, un genre de, des fois de, de, de méconnaissance peut-être ou de, de, ou de sous-estimation de la crédibilité du diplôme obtenu à l'étranger, donc, ça engendre, le médecin doit recommencer ses études par exemple. Est-ce que c'est appuyé sur faits ou pas, c'est là que je ne peux pas, mais je sais, en tout cas, j'ai entendu que, c'est une situation qui se produisait assez fréquemment. (MTESS)

Au MSSS, on précise que la reconnaissance des compétences des médecins relève bien du CMQ et que le Ministère n'intervient d'aucune façon dans les processus.

Mais ça, c'est le Collège qui l'exige [de recommencer des études en résidence]. Et on le dit, on le redit, le ministère ne peut interférer. Le ministère ne peut interférer là-dedans. Et c'est la responsabilité du Collège. Le ministère, il essaie de trouver des solutions, des pistes pour abréger. Pas abréger, pour soutenir ces médecins-là mais on ne peut pas intervenir au niveau du Collège, c'est-à-dire pour l'octroi, le choix des permis ou les exigences. Vraiment, ça fait partie du travail du Collège. (MSSS)

3.2.3.3. Représentation de la reconnaissance des compétences par les DHCEU

Nous avons constaté dans les sous-sections précédentes que les DHCEU trouvaient le parcours de reconnaissance de leurs compétences long et difficile.

Pour eux, la reconnaissance de leurs compétences devrait leur permettre de mettre à profit leurs compétences dans leur société d'accueil. Ce n'est pas l'impression qu'ils ont. Ils ont plutôt la perception que leurs compétences comme médecins sont dévalorisées, notamment avec le critère d'éloignement de la pratique qui les exclut du processus. Ainsi, selon nos répondants, cette information majeure n'est pas mise de l'avant par les acteurs.

De plus, ils considèrent injuste le processus, comme si le système ne reconnaissait pas la qualité de leur formation initiale et de leur expérience professionnelle. Certains partagent un sentiment

d'incompréhension et d'injustice du processus entre la voie du permis régulier et la voie du permis restrictif.

Contrairement à ce que pensent les acteurs institutionnels, ce n'est pas un choix mais une obligation, un fardeau pour les DHCEU, de passer par la voie du permis régulier et de refaire une résidence car ils n'ont pas tous la possibilité de passer par la voie du permis restrictif. Ils comprennent la nécessité d'une mise à niveau et acceptent de suivre des stages et des formations complémentaires, mais dans un délai raisonnable.

3.2.3.3.1. Un sentiment d'injustice et de non-reconnaissance de leur valeur

Pour les acteurs institutionnels, toute l'information est disponible sur leurs différents sites internet. Les DHCEU ont trouvé de l'information, souvent éparse et incomplète. Ceux que nous avons rencontrés auraient voulu savoir avant de venir comment cela se passe vraiment plutôt que d'apprendre, souvent lors de la séance d'information organisée par le BCI qu'il existe un critère d'éloignement de la pratique qui les exclut du processus, une fois celui-ci bien avancé. Ali nous a confié sa surprise : « Même dans le site d'information de CMQ, ça n'existe pas. Et ils ne disent pas ça. J'ai dit à [Anonyme], pourquoi? C'est vraiment caché ». Pour Layla, c'est injuste et cela les oblige à faire des choix de vie qu'ils n'avaient pas envisagé en immigrant au Québec.

Donc je pense que ce n'est pas juste, ce n'est pas très clair. [...] Mais quelqu'un comme moi, qui vient ici et à cause de ses enfants, ne peut pas retourner aller-retour, aller-retour en Iran parce que ce n'est pas facile. Quand tu as des enfants à l'école, ce n'est pas facile de libérer, les enlever, retourner en Iran, pratiquer un peu et après ... non, ce n'est pas facile. Pour moi, que j'ai décidé de rester ici à cause de mes enfants et pour faire les examens et tout ça, ce n'est pas facile de ne pas être loin de la pratique moins de trois ans. (Layla)

Ce critère d'exclusion leur donne l'impression qu'ils ne sont plus compétents au-delà de trois ou quatre années sans avoir pratiqué la médecine. Pour Layla, « cette règle-là, ce n'est pas très juste », on « n'oublie pas la médecine » après trois ou quatre ans sans pratiquer, surtout quand, comme elle, on a une longue expérience professionnelle.

Et après 13 ans d'expérience, je n'oublie pas la médecine. Vous savez, ce n'est pas important de trois, quatre ans loin de la pratique, loin d'un environnement pratique parce qu'on n'oublie pas la médecine. Ça dépend de l'expérience, je pense. [...] Mais pour moi, pour les amis comme moi qui travaillent plus de cinq, dix ans, je pense que ce n'est pas juste de penser qu'il ne peut pas travailler ou pas pratiquer la médecine parce qu'il oublie. Non, ce n'est pas comme ça. (Layla)

Les DHCEU investissent beaucoup de temps, d'argent et d'énergie pour réussir les examens pour l'obtention de leur équivalence, mais sont découragés quand arrive l'étape du CaRMS. Ainsi, Véronyka trouve que « le système exige beaucoup, mais donne peu » et pense que « refaire toutes, toutes les études, ça n'a pas de bon sens » parce que « c'est la même matière de base. »

Ils ont le sentiment que même avec l'équivalence du diplôme MD délivrée par le CMQ, leur formation initiale n'est pas reconnue par les facultés de la même façon que sont reconnus les diplômes du Québec, qu'il n'a pas la même valeur et ainsi n'aurait pas la même qualité. Véronyka a partagé le sentiment que « on te donne plus de chances d'entrer dans une résidence, si tu as déjà un diplôme québécois ». Ana va plus loin dans cette analyse quand elle parle de « système qui [...] reconnaît » les diplômes québécois et que c'est une information qui n'est pas visible : « [q]u'est-ce qui n'est pas dit, puis, qu'est-ce que je pense fait la différence entre moi, quelqu'un qui est rentré dans le système, et un médecin qui ne rentre pas dans le système, c'est le fait d'avoir un diplôme du Canada ou du Québec, comme moi qui a la maîtrise. Ça, ce n'est pas quelque chose qui est dit, là. Mais, c'est, ça t'aide là, le système te reconnaît, tu sais, tu ne tombes pas du ciel, puis, bon. » Enfin, Lina a « l'impression que le système est un peu trop fermé pour laisser des gens, même s'ils ont toute la bonne volonté, pour les laisser y accéder. »

Le vocabulaire utilisé par nos répondants DHCEU est très fort quand ils s'expriment sur leur perception de la façon dont les facultés ou les représentants des acteurs institutionnels considèrent leurs dossiers et leurs compétences de médecins, ou encore leur potentiel à exercer la médecine au Québec. Il illustre leur frustration, leur sentiment d'injustice, d'exclusion et de dévalorisation comme médecins. Kensia nous a confié que lors de la journée d'information offerte par le BCI elle s'est sentie « agressée je me sentais comme s'ils m'attaquaient » en parlant des « directeurs des universités » qui intervenaient dans la journée. Manuella est frustrée et dépitée, elle dit que c'est « un semblant de reconnaissance ici, mais est-ce qu'on peut appeler ça vraiment reconnaissance? » parce que « c'est comme une reconnaissance qui n'offre rien. » Elle termine en faisant le constat que « c'est comme s'ils te disent, OK, tu es un médecin étranger, c'est tout. Qui a fait des examens, c'est tout. Mais ça ne veut rien dire. » Pour Yasmine, tout ce processus :

C'est de l'arnaque. C'est de l'arnaque, c'est un fonds de commerce. On utilise la misère des autres pour gagner de l'argent. On dévalorise les gens. On ne se rend pas compte, tu sais, de ce que ça implique dans, dans le processus, dans la vie d'une personne, en fait, qui a accompli, qui a accompli beaucoup de choses dans sa vie et qu'on lui dit « tout ce que tu as fait, ça ne vaut rien. Et maintenant, pour que tu, que tu atteignes tes objectifs, voilà ce qui t'attend. Parce que, déjà, ça veut dire que les personnes, déjà, au niveau de l'évaluation, est-ce qu'on évalue les gens sur leurs compétences, ou sur leurs capacités financières? Il n'y a que les personnes riches qui peuvent accéder à ce processus de, d'évaluation de compétences. (Yasmine)

Ils sont motivés et ouverts à se mettre à niveau, à apprendre à comprendre leur nouvel environnement et comment s'y intégrer, mais estiment que l'on ne leur donne pas la possibilité de démontrer leurs compétences. Eya nous l'explique ainsi : « À part ça, ça va prendre beaucoup de temps puis on va me parler d'éloignement. Et je n'ai pas le droit de faire des stages pratiques. Les

stages d'observation ne comptent pas pour l'éloignement. Donc c'est fermé de partout. Qu'est-ce que je fais? »

Si les acteurs institutionnels pensent que les DHCEU choisissent en toute connaissance de cause la voie de la reconnaissance de la formation initiale du permis régulier et qu'ils ont la possibilité de passer par la voie du permis restrictif, ce n'est pas ce que nous ont rapporté les DHCEU que nous avons rencontrés. D'abord, très peu de nos répondants connaissaient cette voie avant d'arriver au Québec, la plupart en a entendu parler durant le processus déjà entamé et ceux qui ont tenté, ou vont tenter cette voie, rencontrent des difficultés avec les critères d'éloignement de la pratique qui les obligent à retourner dans leur pays d'origine exercer plusieurs mois pour rester dans les délais prescrits. Ensuite, certains comme André estiment qu'« [i]l n'y a pas de bonne information pour le permis restrictif. » Enfin, Thomas qui est venu avec un permis restrictif et qui a bénéficié de l'ARM « pense que si on n'a pas d'équivalence, on ne passe pas » et s'interroge sur « le système » qui est mis en place pour évaluer les compétences des DHCEU lors du stage d'évaluation de trois mois.

J'avoue que ... après, là je vais formuler une critique mais elle est à modérer, la critique. C'est-à-dire que j'arrive tout à fait à entendre qu'un système médical, pour évaluer un autre système médical, il y ait un stage, une forme d'équivalence à mettre en place. Après, est-ce que c'est un bon système? Je ne sais pas forcément dans la mesure où parfois, alors après, c'est pareil. [...] Mais c'est vrai que ce n'est pas toujours agréable d'être à côté d'un médecin qui va nous expliquer que, ah oui, mais ... c'est vrai qu'on a déjà travaillé parfois en face de personnes ... C'est le système. C'est comme ça. (Thomas)

Nous avons constaté un sentiment de frustration et d'injustice également concernant les possibilités de reconnaissance des compétences et d'exercice de la profession des DHCEU passés par la voie du permis restrictif. Eya se demande par exemple pourquoi ces DHCEU peuvent exercer avec si peu d'exigence de reconnaissance des compétences et pas elle.

Et aussi autre chose que je ne comprends pas jusqu'à maintenant. On recrute des moniteurs cliniques de l'extérieur du Canada pour faire comme un an ici, ils ont le droit d'exercer. Pas observateurs, ils exercent. [...] Mais eux, ils peuvent exercer. Mais moi, qui a mon équivalence, je ne peux pas, je ne peux pas le faire. [...] Vous comprenez donc lui, il a le droit, il n'a pas de danger pour les Québécois, pour les Canadiens en général. Mais pour celui qui est venu ici, a fait plusieurs stages, il fait son équivalence, il réussit tous les examens, lui, il n'a pas le droit d'exercer. Donc ça, c'est autre chose que je ne comprends pas. (Eya)

Mary, elle, affirme que les médecins immigrants au Canada et aux États-Unis « [peuvent] travailler après [avoir] passé les examens » tout en regrettant que ce ne soit pas le cas au Québec.

En effet, les DHCEU qui passent par la voie du permis restrictif sans ARM peuvent réaliser leur stage d'évaluation après la réussite du EECMC1 et de l'examen de l'OQLF. Eya se demande donc pourquoi elle, qui a aussi réussi le EECMC1, ne peut même pas faire un stage pratique mais

seulement observer et recommencer sa résidence. Les étudiants du doctorat MD au Québec ont aussi accès à des stages pratiques après la réussite de cet examen. On peut donc se poser la question du traitement réservé aux DHCEU qui passent par la voie de la reconnaissance de la formation initiale : pourquoi la réussite de cet examen ne leur ouvre pas la possibilité d'avoir au moins des stages pratiques, comme les étudiants du Québec et les DHCEU qui sont passés par la voie du permis restrictif ?

De tous les DHCEU que nous avons rencontrés, trois seulement exerçaient leur profession de médecin. De ces trois personnes, seul Andrés avait une expérience professionnelle antérieure et est passé par le processus de reconnaissance de la formation initiale. Thomas est venu avec un permis restrictif sous ARM et Ana est arrivée comme étudiante internationale tout juste graduée de Roumanie avec l'objectif de continuer ses études au Québec. Andrés nous a confié ses impressions sur le processus complet : sa « déception » et sa « frustration » avec la longueur, les difficultés et les coûts reliés au processus. Mais une fois le processus terminé, sa perception a changé, il est devenu résilient et considère que les DHCEU doivent faire la preuve de leurs compétences, démontrer qu'ils sont aussi compétents que les médecins formés au Québec.

Mais au début je n'étais pas d'accord. Honnêtement, j'étais comme, j'ai comme de la déception, de la frustration à cause de ça. Mais j'ai bien compris que c'est des choses nécessaires. Je ne suis pas d'accord avec les prix, mais je suis d'accord les examens. Pourquoi? Parce que le premier examen qu'on passe, c'est un examen qui est fait pour voir si oui, vous venez d'ailleurs, vous devrez démontrer que vous êtes bon. Le deuxième examen, et les LCMCC partie 1, partie 2, c'est des examens qu'ils font même les étudiants canadiens. Donc je pense que c'est nécessaire que l'on passe aussi les mêmes examens. À mon avis, c'est correct parce qu'il faut démontrer qu'on est bon aussi, qu'on est au moins au même niveau. (Andrés)

Ils ne sont pas tous de cet avis et plusieurs ont formulé des critiques à l'endroit du CMQ dont le rôle n'est pas perçu de façon identique par les DHCEU, certains considérant qu'il n'intervient que pour l'équivalence du diplôme MD alors que d'autres le considèrent plénipotentiaire. Kensia estime que le rôle du CMQ est assez minime dans le processus de reconnaissance et qu'il se limite à donner l'équivalence du diplôme MD alors que Youssef, lorsque nous entamons la partie synthèse de l'entrevue avec le schéma institutionnel de la reconnaissance s'exclame : « Et je trouve intéressant que ça soit un comité interministériel qui a pondu ça parce que le processus de validation des équivalences est à mon sens, et je me trompe peut-être, particulièrement contrôlé par le Collège des médecins. Et ça, c'est une espèce de pouvoir qui, en tout cas, qui biaise énormément le processus. » Des histoires circulent dans la communauté immigrante sur des DHCEU qui ont réussi les examens pour avoir l'équivalence du CMQ, mais qui n'ont jamais pu passer le « barrage » du CaRMS, donc des facultés. Ces drames humains font « un petit froid dans le dos » à Sabrina et à d'autres DHCEU

et cela a pour conséquences qu'ils ont décidé de ne pas tenter le processus. Est-ce que l'on peut parler de choix quand les options qu'ils pensent avoir sont un processus long et coûteux sans certitude de réussite d'être reconnus comme médecins compétents et professionnels ou faire le deuil de la profession qu'ils ont choisie, exercée, pour laquelle ils ont déjà fait de longues études et sur laquelle ils estiment avoir été sélectionnés par le gouvernement ?

3.2.3.3.2. Ce que nos répondants DHCEU proposent

Si les DHCEU que nous avons rencontrés considèrent que la voie de la reconnaissance de la formation initiale comporte plusieurs blocages, ils ne sont pas pour autant réfractaires à une mise à niveau de la compétence, au contraire, du moment qu'on les reconnaît comme des professionnels compétents qui doivent acquérir la culture médicale canadienne et québécoise et s'approprier le système de santé québécois.

Pour Layla, « la médecine c'est une chose commune » quel que soit le pays, « mais la façon de faire la médecine n'est pas la même. » Ils sont plusieurs à penser ainsi et sont prêts à faire les stages pratiques nécessaires à l'acquisition de la « façon de faire la médecine » au Québec car pour eux, ce n'est pas une remise en question de leurs compétences et de leur formation initiale. Ils sont ainsi considérés comme des médecins qui ont des savoirs reconnus et qui ont une valeur. Ils sont prêts à étudier tout en faisant des stages pratiques supervisés à l'hôpital, non pas comme si leurs diplômes et leur expérience ne valaient rien, mais comme des professionnels qui doivent adapter leurs façons de faire la médecine à celle qui prévaut au Québec.

Un de nos répondant, Youssef, qui n'a pas entamé le processus de reconnaissance en arrivant au Québec en 2008, mais qui garde au fond de lui l'envie de refaire de la médecine a même une idée très précise de ce que le gouvernement pourrait offrir aux DHCEU. Il propose un « processus rationnel » dans lequel les DHCEU sont considérés comme des étudiants en médecine super qualifiés à qui l'on donne des moyens financiers sous forme de prêts et bourses et de gratuité pour les examens, la logistique avec accès aux ressources documentaires et professionnelles nécessaires pour les accompagner dans leur cheminement professionnel. Il suggère une forme de reddition de comptes, les moyens financiers étant liés à la réussite et l'avancement dans le processus. Selon Youssef, grâce à ce type de programme, « on aurait des gens plus rapidement et on aurait le droit d'être même plus exigeants en termes de compétences. »

Eya va dans le même sens que Youssef. La province accueillant des DHCEU déjà formés et avec de l'expérience professionnelle en médecine qui n'ont rien coûté au gouvernement en formation, elle suggère de leur offrir « dès leur arrivée ici un stage de mise à niveau ». Selon elle, c'est un investissement que devrait faire le Gouvernement qui coûterait moins cher que ce que cela coûte actuellement aux deux parties et répondrait aux besoins de main-d'œuvre de la province. Selon elle,

les DHCEU seraient prêts à payer pour leur formation de mise à niveau plutôt que de vivre avec les obstacles liés au processus de reconnaissance de leur formation initiale.

Du jour où j'ai mis mon pied ici et ce que j'ai dépensé pour tous les examens et pour vivre ici, j'étais prête pour dépenser mon stage, pour payer ce stage-là au lieu de faire tous ces examens et de rester sans profession puis me parler d'éloignement après toutes ces années. Dès le premier jour, on me dit que tu dois payer ton stage. Je le paye, je fais mon stage puis je travaille directement. [...] c'est pour dire que, au lieu d'être perdue comme dans la mer, on ne sait pas quoi faire puis on perd tout ce temps-là et j'ai dépensé, à part pour vivre, juste pour les examens, aux alentours de 20 000 \$ à peu près parce que je fais et je refais. Donc j'aurais pu faire un stage au début. (Eya)

Enfin, les DHCEU que nous avons rencontrés installés hors de Montréal suggèrent que l'accompagnement ne se fasse pas seulement dans la Métropole, mais soit accessible aussi en région.

3.2.4. Exigences et évaluations du français : « ça j'ai trouvé que c'était trop »

Nous avons abordé la question du français dans plusieurs sections. Il nous apparaît important de développer un peu plus le sujet parce que l'on retrouve l'évaluation du français à plusieurs étapes du parcours des DHCEU, et pas seulement des allophones. D'abord lors des démarches d'immigration avec le test de niveau obligatoire. Ensuite lors du processus de reconnaissance pour obtenir un permis régulier puisque les DHCEU pour entrer à l'externat ou en résidence doivent réussir, pour ceux qui n'ont pas étudié en français, le Test de français international (TFI), avec un score élevé de 860/990. Enfin, ils sont évalués une troisième fois sur leur niveau de français avec l'examen de l'OQLF. À chaque fois, c'est un acteur institutionnel différent qui exige la preuve de la connaissance du français et utilise un test différent. Le MIFI accepte le résultat de plusieurs tests (TEFAQ, TCF-Québec, TEF, TEF Canada, TCF, DELF, DALF¹⁴²), les facultés demandent la réussite du TFI et le CMQ celle de l'examen de l'OQLF. Les candidats au permis restrictif doivent, hormis les Français, passer l'examen de l'OQLF, mais ils ont deux ans pour ce faire.

Comme on peut le constater dans le Tableau 47, des 22 DHCEU que nous avons rencontrés, neuf sont passés par un processus d'apprentissage du français. Ils ont obtenu leurs diplômes dans des pays non francophones : Colombie, Iran, Mexique, Moldavie et Roumanie. On remarque que trois de nos répondantes, Divine, Hodan et Kensia ont obtenu leurs diplômes dans des pays non-francophones – Cuba et Russie – mais elles viennent de pays francophones où elles ont vécu et fait toute leur scolarité hors études de médecine, c'est pour cela qu'elles n'ont pas suivi de francisation.

¹⁴² Site du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration. Liste des tests de français reconnus par le MIFI pour faire une demande de résidence permanente. <https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/immigrer-installer/etudiants/demeurer-quebec/demande-csq/etudiants-peq/exigences-linguistiques.html>

Cependant, elles ont fait leurs études de médecine dans une nouvelle langue qu'elles ont dû apprendre (russe et espagnol), et cela a peut-être une incidence sur leur performance aux examens du CMC, d'autant que les outils de mise à niveau sont majoritairement en anglais. Les autres DHCEU, ont fait leurs études en français dans des pays francophones : Algérie, Côte-d'Ivoire, France, Haïti, Maroc et Tunisie.

Tableau 47 : Processus de francisation des DHCEU rencontrés

Code prénom	Pays de naissance	Pays de diplomation	Stratégie	francisation
Ali	Iran	Iran	Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif	Fellowship en France MIDI : cours spécialisé pour professionnels du domaine de la santé TELUQ : cours de français (2 ans)
Ana	Roumanie	Roumanie	Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5	Français appris à l'école en Roumanie
Andréa	Mexique	Mexique	Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD	1) exam de fcs pour permis restrictif. Réussi 3/4.
Andrès	Colombie	Colombie	Démarche CMQ régulier	Apprentissage du Français à l'Alliance française avant de venir au Québec Francisation du MIDI (1 an) Cours de français langue seconde à l'université (durée)
Dima	Moldavie	Moldavie	N'a pas fait les démarches - Démarches OIIQ AEC pour exercer comme infirmier	Apprentissage du français à l'université en Moldavie avant de venir au Québec + Alliance française Microprogramme de français à l'Université de Sherbrooke en arrivant au Québec
Laura	Colombie	Colombie	Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer	MIDI : Francisation (3 mois) Francisation pour adultes : cégep (6 mois) + centre pour adultes (6 mois)
Layla	Iran	Iran	Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours	UDM : 18 crédits cours de français langue étrangère (2 ans)
Mary	Iran	Iran	Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019	MIDI : francisation UdM : cours de français langue étrangère (1 an)
Véronyka	Moldavie	Moldavie	Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS	MIDI : a demandé francisation mais pas acceptée car niveau considéré suffisant. Pas accès au cours pour personnel du domaine de la santé car habite en région. UL : cours de français à l'école de langues
Yasmine	Algérie	Algérie	Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile	Non
Youssef	Maroc	Maroc	Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie	non
Divine	Rwanda	Russie	Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire	non
Emmanuel	Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire	Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD	non
Eya	Tunisie	Tunisie	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence	Non
Hodan	Djibouti	Cuba	Démarches en cours - en attente résultats exam1	non
Imène	Algérie	Algérie	Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)	non
Kensia	Haïti	Cuba	Stage CÉDIS prévu début 2019	non
Lina	Algérie	Algérie	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant	Non
Manuella	Haïti	Haïti	Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence	non
Mohamed	Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire	Retour aux études - Doctorat MD	Non
Sabrina	Algérie	Algérie	Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment	non
Thomas	France	France	Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente	Non

Plusieurs processus de francisation ont été engagés par nos répondants. Avant de partir, certains comme Andrès et Dima ont suivi des cours à l'Alliance française. À l'arrivée au Québec, le MIFI offre de la francisation aux nouveaux arrivants, en fonction de leur niveau. Andrès, Laura et Mary, ont eu des cours allant de trois mois à un an. Cependant, on constate que le MIDI n'offre pas la francisation à tous. Des DHCEU comme Véronyka auraient aimé avoir des cours mais ont été

considérés comme ayant un niveau de français suffisant. Comme elle le souligne, « fâchée », ce niveau est suffisant pour le quotidien, mais pas pour un professionnel qualifié.

J'étais fâchée au début parce que le ministère de l'Immigration m'a refusé de me donner des cours de français. Et je l'ai étudié toute seule à la maison. On exige partout la langue, des tests de langue mais je n'étais pas capable de m'inscrire, de faire un cours de francisation.

(CB) Vous n'avez pas pu vous inscrire à la francisation?

(Véronyka) Non, on m'a refusée. J'ai contesté, j'ai téléphoné. Il dit, madame ... quand même, on fait un petit test pour voir notre niveau. Il dit que : votre niveau est suffisant pour le Québec. Mais suffisant pour travailleur non qualifié mais pour avoir une spécialité qualifiée, ce n'est pas suffisant du tout. J'ai besoin de grammaire, j'ai besoin de beaucoup de choses. Mais on m'a dit non.

Elle aurait également voulu pouvoir s'inscrire à la francisation pour les professionnels du domaine de la santé offerte par le MIFI, comme ont pu le faire Ali et Laura par exemple, mais comme elle habite Québec, elle ne bénéficie d'aucun de ces services qui ne sont offerts qu'à Montréal.

Plusieurs de nos répondants ont estimé que la francisation offerte par le MIFI ne leur avait pas permis de développer des compétences langagières suffisantes pour leur intégration professionnelle ou la réussite des examens du CMC. Ils ont donc continué à prendre des cours soit à la formation pour adultes au cégep ou dans un centre de formation pour adulte comme Laura, ou à l'université dans des programmes de français langue seconde, comme Ali, Dima, Andrès, Layla, Mary et Véronyka, pendant une à deux années de plus. Ils voulaient vraiment avoir un bon niveau.

Si plusieurs d'entre eux avait la perception que leur niveau de français n'était pas suffisant, d'autres comme Andréa, ont déchanté en arrivant. Elle se « considérait bonne » mais les exigences étaient au-delà de son niveau réel. Et puis il y a la perception des francophones parlant un français international qu'ils parlent la même langue que les Québécois. Ils s'aperçoivent qu'il y a des différences, notamment dans la langue technique et les appellations des médicaments comme nous l'a fait remarquer Youssef.

Si les DHCEU allophones rencontrés avaient un niveau de français suffisant pour participer aux échanges durant l'entrevue, maniant la langue avec aisance et utilisant un vocabulaire parfois très recherché, une personne ayant suivi la francisation du MIFI et des cours universitaires de français avait beaucoup de difficultés à s'exprimer, à comprendre nos questions et s'exprimait moitié en anglais, moitié en français.

Comme nous l'avons vu précédemment, après la francisation, les DHCEU doivent démontrer leur connaissance du français avec un bon score au TFI pour entrer en résidence (car pour les facultés, c'est un critère d'exclusion) et finalement réussir l'examen de l'OQLF. Pour Andrès, ce dernier examen, c'était la coupe qui a fait déborder le vase. S'il a démontré une certaine résilience concernant le processus, là c'était trop.

Mais quand je suis arrivé, j'ai fait la francisation. J'ai fait, j'ai fait français langue maternelle, français langue seconde. C'est des cours qu'on passe avec des étudiants québécois qui ont décroché. Et puis on a des relevés des notes du ministère de l'éducation et des loisirs qui disent qu'on a réussi les examens de la langue. Mais même avec ces papiers, j'ai été obligé à faire le test de l'Office québécois de la langue française. J'ai réussi aussi cet examen mais pour par passer les CaRMS les universités exigent de faire le TFI. Donc, ok. Je pensais, j'ai réussi tous mes examens mais, mais ça j'ai trouvé que c'était trop. (Andrès)

Pour Andrès, il faudrait démontrer la maîtrise du français avant d'entamer le processus, une bonne fois pour toutes. Ainsi, une fois que la question de la langue est réglée, les DHCEU peuvent se consacrer à la mise à niveau de leurs compétences en médecine.

Puis une autre chose que je mettrai avant, c'est les exigences linguistiques. Moi je le mettrais avant. Parce qu'avant de tout faire, il faudrait démontrer qu'on a la langue. Même avant de venir, il faut démontrer qu'on est capable de parler, même si parfois le français québécois, ça semble comme des Chinois. (Andrès)

C'est un point qui est partagé par le Commissaire à l'admission et la personne experte MD. Selon le Commissaire, le gouvernement est confronté au défi de donner l'information juste concernant les exigences linguistiques avant l'arrivée au Québec et d'exclure, ou pas, les DHCEU qui pourraient répondre à des besoins de main-d'œuvre, mais qui n'ont pas le niveau en français.

L'autre élément, c'est, avant l'évaluation, c'est les capacités linguistiques. Là je sens qu'on a un petit problème parce que les gens nous arrivent, ils sont incapables de vraiment subir un examen de l'ordre ou de suivre des cours lorsqu'on leur prescrit formation d'appoint. Donc il y a un enjeu-là de, soit donner une meilleure information, de meilleurs outils pour que, avant la démarche migratoire, que les gens démontrent ou acquièrent les compétences linguistiques nécessaire, soit qu'on fait ça, soit qu'on leur dit « Écoutez, non, on demande niveau x puis si vous ne l'avez pas, c'est fini. Alors mais si on demande ça, on restreint. Et donc si on ne veut pas restreindre, et bien il faut donner des services. (Commissaire)

Cependant, lorsque le Commissaire a commenté le schéma institutionnel de la reconnaissance des compétences, il a spécifié que « on peut déplacer l'examen de l'OQLF plus tôt dans le processus, mais que c'est à la fin du processus qu'il y a une obligation juridique. »

« L'OQLF il peut être au début comme à la fin. Parce que c'est à la fin qu'il faut soumettre, ou présenter, fournir l'attestation de l'OQLF. Juridiquement, on peut l'amener, quand on l'a, mais c'est à la toute fin pour se faire délivrer le permis qu'il faut arriver avec l'attestation de l'OQLF. Alors, d'habitude les gens vont dire je ne l'ai pas. Et je vais l'obtenir. Donc oui peut-être que l'OQLF ça serait bon de le rendre visible, ici, mais moi, dans mon schéma, je le mets à la fin parce que l'obligation juridique, c'est à la fin. » (Commissaire)

Tout comme pour un permis régulier, l'obtention d'un permis restrictif est soumise à la réussite de l'examen de l'OQLF. Cependant, aucun autre test n'est demandé aux DHCEU dans cette voie. Selon le CMQ, des candidats sont exemptés de l'examen « s'ils ont fait leurs études dans un

établissement où la langue est le français », comme Thomas, qui lui bénéficiait également de l'ARM. Pour les autres, la réussite de cet examen est « un prérequis formel » et « ils peuvent déposer leur demande au Collège des médecins et à ce moment-là leur dossier peut cheminer ». Ils ont deux ans pour réussir l'examen de l'OQLF. Si ce n'est pas le cas, comme pour Andréa, il est impossible de faire le stage et d'aller de l'avant dans le processus du permis restrictif.

Des organismes que nous avons rencontrés considèrent qu'il y a un manque de soutien des DHCEU par le CMQ pour préparer l'examen de l'OQLF.

Dans cette deuxième section, nous avons passé en revue le parcours de reconnaissance des compétences des DHCEU. Dans un premier temps, nous avons montré que pour délivrer une équivalence du diplôme MD, le Collège des médecins du Québec exige des DHCEU qu'ils réussissent plusieurs examens opérés par le Conseil médical du Canada, ce que le Commissaire critique, soulignant que cette évaluation est de compétence provinciale. Les DHCEU se heurtent, durant cette étape, à plusieurs blocages comme la longueur du processus, la difficulté des examens, les coûts liés à leur préparation ou encore la disponibilité des outils et ressources pour se préparer aux examens. Quand ils ne réussissent pas ces épreuves, certains DHCEU sont exclus du processus alors que d'autres décident de ne pas y entrer considérant qu'ils n'ont aucune chance de réussir ou parce qu'ils estiment que c'est beaucoup trop long et incertain. Dans un deuxième temps, pour obtenir le permis d'exercer leur profession par le CMQ, les DHCEU doivent suivre une formation postdoctorale dans une faculté de médecine et faire une résidence qui peut durer entre deux et sept ans. Cependant, certains des critères dont se sont dotées les facultés de médecine pour réduire leurs incertitudes quant aux compétences professionnelles des DHCEU, comme le critère d'éloignement de la pratique depuis plus de quatre ans ou le niveau attendu du test de français international, excluent les candidatures de plusieurs d'entre eux. En effet, nous avons vu, par exemple, que la réussite de tous les examens peut prendre plus de quatre années pour les DHCEU, ce qui les excluent du processus. D'aucuns se demandent pourquoi certains médecins immigrants doivent recommencer leur résidence pour exercer une profession qu'ils exerçaient dans leur pays d'origine. Nous avons exposé, dans un troisième temps, que selon les facultés de médecine, les DHCEU doivent être capables se mettre à niveau et de travailler selon les standards, normes et qualité nord-américains car leurs compétences acquises antérieurement et leur pratique « ne s'exportent pas. » Le jugement porté par les facultés de médecine sur la qualité des compétences professionnelles des DHCEU excluant certains d'eux du parcours mène à un sentiment d'injustice et de non-reconnaissance de leur valeur. Pour finir, dans un quatrième temps, il nous a semblé important de faire un point sur les exigences et évaluation du français de certains DHCEU anglophones ou

allophones. En effet, nous avons constaté qu'ils sont évalués plusieurs fois dans leur parcours sur leur niveau de français et que cela pouvait être un critère d'exclusion.

Après avoir fait état de nos résultats concernant le processus de reconnaissance des compétences, nous allons, dans une troisième section passer en revue le processus de reconnaissance des compétences durant l'intégration professionnelle des DHCEU.

3.3. Durant l'intégration professionnelle

Durant le processus d'intégration professionnelle, les DHCEU doivent faire reconnaître leurs compétences pour pouvoir obtenir leur permis et exercer leur profession. Durant les épreuves de reconnaissance comme les entrevues pour entrer en résidence ou les stages par exemples, ils entrent également dans un processus de dotation et donc d'intégration professionnelle. En effet, ils répondent à des offres de postes pour la résidence, se préparent à des entrevues d'embauche, vivent un processus de sélection, sont accueillis et intégrés dans des équipes de travail, sont supervisés et évalués par leurs pairs lors des stages et de la résidence, ont des relations et des interactions avec leurs collègues, leur hiérarchie et leurs patients. Après avoir reçu une légitimité institutionnelle en obtenant leur permis d'exercice du Collège des médecins, la qualité de leurs compétences et de leur travail est encore jugée par leurs pairs lors de processus de sélection, de supervision et d'intégration professionnelle. Ils peuvent, enfin, ensuite avoir une légitimité professionnelle.

Ainsi, dans cette troisième section, nous abordons dans un premier temps la sélection opérée par les facultés de médecine pour l'entrée en résidence et expliquons comment se déroule la supervision comme évaluation des compétences durant la résidence. Dans un deuxième temps, nous nous attardons plus précisément à l'intégration des DHCEU dans la profession de médecin. Enfin, dans un troisième et dernier temps, nous nous interrogeons sur la légitimité institutionnelle vs la légitimité professionnelle. En effet, nous nous sommes intéressée à la reconnaissance des compétences des DHCEU par les pairs et les patients une fois le permis d'exercice du CMQ obtenu.

3.3.1. *Des compétences remises en question ?*

Nous avons vu que lors du processus de reconnaissance des compétences, les DHCEU sont jugés selon leur formation initiale et que les facultés de médecine ont mis en place des critères afin de choisir « les meilleurs ». En effet, afin de réduire leurs incertitudes quant aux compétences des DHCEU selon le point de vue nord-américain, les facultés de médecine familiale se sont mises d'accord pour établir que au-delà de 4 ans d'éloignement de la pratique les DHCEU ne sont plus suffisamment compétents pour intégrer une formation en résidence et donc exercer la profession de médecin au Québec alors que la réussite des examens du CMC leur permet de recevoir leur

équivalence du diplôme MD par le CMQ qui, ainsi, leur reconnaît des compétences liées à leur formation initiale.

Les facultés se sont dotées de critères qu'elles estiment rationnels pour la sélection des DHCEU via CaRMS et lors des entrevues de sélection à l'entrée en résidence, ainsi que dans la supervision des DHCEU.

3.3.1.1. La sélection

Nous avons montré dans la section dans la section précédente que les DHCEU passe par un processus de sélection via le jumelage du CaRMS, comme les étudiants diplômés du Québec, afin d'entrer en résidence. Les facultés vont choisir ceux qu'elles jugent « les meilleurs » et comme un employeur, vont déterminer des critères de sélection et trier des CV pour convoquer ensuite ceux qui répondent à ces critères en entrevue. Les facultés se dotent d'outils et de critères pour sélectionner les meilleurs DHCEU et réduire leurs incertitudes sur les compétences des DHCEU qui veulent entrer en résidence.

Dans un premier temps, les DHCEU posent leur candidature via la plateforme CaRMS pour être jumelés et avoir une place en résidence, comme les diplômés du Québec. Les diplômés du Québec sont quasiment tous acceptés entre le premier et le deuxième tour. Ce qui est loin d'être le cas des DHCEU qui, nous l'avons vu, se heurtent à des critères d'exclusion comme l'absence de pratique durant les quatre années précédentes.

Les facultés nous ont déclaré que ces critères sont objectifs et sont clairement présentés dans les directives pour faire une demande auprès de CaRMS. Nous sommes allée sur le site pour vérifier cette information. Si elle se trouve effectivement mentionnée, le chemin pour y arriver est long, on ne peut pas dire que le site du CaRMS soit très convivial dans la navigation. Il nous a fallu sept clics et nous savions exactement ce que nous cherchions. D'ailleurs, un des acteurs avec lequel nous avons échangé nous a confié, en requérant l'anonymat, que « c'est flou au niveau des facultés, il n'y a rien d'écrit, je te le dis, mais je ne te le dis pas. » Ana quant à elle nous a déclaré « ce n'est pas marqué nulle part. »

Chaque université détermine les critères de sélection qui lui sont propres.

Bon, dépendant du processus, il y a une soixantaine de programmes, donc dépendant, chaque programme est souverain, détermine quels sont ses critères, quelles méthodes ils vont utiliser pour sélectionner les candidats. Certains programmes font déjà une élimination juste à l'étude du dossier papier. Ça dépend en fait du volume de gens qui vont postuler. Certains programmes, une fois qu'ils ont fait cette présélection sur dossier vont offrir des entrevues et là, ces entrevues, la forme de ces entrevues-là, ça dépend de chaque programme. Certains vont faire faire des tests, certains vont faire faire des simulations de cas, d'autres vont surtout aller voir l'expérience antérieure, la

motivation, qu'est-ce qui le prédispose à avoir un succès dans cette spécialité-là.
(UdM)

Les dossiers sont étudiés par deux universités et si une « discordance » apparaît, alors les trois directions de programme francophones se rencontrent et discutent du dossier.

Une fois les dossiers étudiés et « les meilleurs » candidats potentiels choisis, les DHCEU et les diplômés québécois sont invités à passer une entrevue dans chacune des spécialités qu'ils ont demandées. Les DHCEU doivent, de plus, s'inscrire pour une séance d'ECOS (Examen clinique objectif structuré). Les diplômés du Québec n'ont pas cette obligation. C'est une demande supplémentaire des facultés qui veulent, encore, s'assurer des compétences des DHCEU. On peut lire sur le site du CaRMS : « Pour compléter l'appréciation des habiletés cliniques des candidats DHCEU dans le contexte médical québécois francophone, l'entrevue de ces candidats comportera aussi 3 cas cliniques de type ECOS. Cette dimension est évaluée selon les dimensions suivantes : technique d'entrevue et recueil des données cliniques par hypothèse, synthèse de l'histoire de cas, approche centrée sur le patient, maîtrise du français adéquate pour les soins et pour l'apprentissage¹⁴³ ». On notera qu'il y a encore une autre évaluation du français pendant cette entrevue. Les entrevues pour tous sont basées sur les compétences CanMEDS et les critères « objectifs » évalués sont détaillés dans chacune des spécialités et facultés.

Les ECOS, elles, servent à évaluer des compétences que l'on ne peut évaluer dans les dossiers des DHCEU, compétences qui ont été évaluées pendant les deux dernières années du doctorat pour les diplômés du Québec. Nous rappelons que le CMQ a déjà délivré une équivalence du diplôme MD aux DHCEU. Les trois universités francophones organisent une journée d'entrevues ensemble à Montréal, McGill est à part. Les trois facultés francophones se sont dotées de critères identiques pour évaluer les DHCEU durant les entrevues.

Médecine de famille, s'ils n'utilisaient que les dossiers, et comme dans tous les autres programmes aussi, les DHCEU ne réussissent pas à avoir des dossiers compétitifs par rapport aux candidats ici, parce que c'est trop hétérogène ce qu'ils ont. Donc on n'est pas capables nous, souvent, les programmes ne sont pas capables de décoder un dossier d'un médecin étranger, parce qu'il y a des critères qui sont utilisés, au Canada, qui sont très, très, très normés et très uniformes à travers les 17 facultés de médecine canadienne pour laquelle on a tout notre bassin d'applicants. (UdM)

On veut juste les voir procéder un peu quand ils font une entrevue médicale. En réalité, c'est que les externes, ou ceux qui sont diplômés ici, ils viennent de passer deux ans de stages d'externat où on a observé tout ça. On a leur fiche d'évaluation. Alors que les candidats DHCEU, bien, pour avoir un peu un comparatif. (UL)

¹⁴³ Exemple de fiche concernant les critères d'application à l'Université Laval en Médecine familiale pour le GMF-U Etchemin. <https://phx.e-carms.ca/phoenix-web/pd/ajax/program/1435/17708?languageTypeCode=3>

Les DHCEU sont évalués par deux évaluateurs, dont un des deux a déjà de l'expérience dans cet exercice. Ces évaluateurs sont choisis sur une base volontaire et selon les facultés, plusieurs anciens DHCEU sont évaluateurs.

Par contre, les gens qui participent à la journée d'entrevue DHCEU, c'est habituellement des gens sensibilisés, 1) souvent des DHCEU qui ont été engagés dans notre milieu. Il y en a beaucoup. Et puis, ils sont... c'est souvent eux qui sont les premiers à lever la main pour être volontaires. Il y a énormément de cheveux gris dans les... c'est nos évaluateurs les plus expérimentés qui participent à cette journée-là et on a toujours le soucis de jumeler un évaluateur expérimenté avec quelqu'un qui a moins d'expérience. Il y a toujours deux interviewers. (UL)

Après la journée d'entrevue, chaque faculté repart avec les résultats des entrevues et va établir sa propre liste de critères de sélection ainsi que leur pondération. Cela permet de former le classement des candidats, DHCEU et diplômés québécois. Les facultés établissent une liste des meilleurs DHCEU et « remonte leur score pour qu'ils aient une chance d'être pris » (UL).

En fait, on établit un score et on classe les candidats comme ça. Autant les externes que les DHCEU. En général, dans les programmes, des programmes contingentés, on fait de la discrimination positive. C'est-à-dire qu'on remonte le score des candidats DHCEU pour qu'ils, qu'ils aient une chance d'être, d'être pris. (UL)

Les universités « trichent un peu » en « boostant » les notes des DHCEU et ciblent « les meilleurs candidats » DHCEU afin de leur réserver une place en médecine familiale « [d]e façon à ce que, quand arrive le deuxième tour et qu'on a des places libres dans nos unités de médecine de famille, on ait eu déjà les meilleurs des candidats disponibles. » (UdM)

Les « meilleurs » vont souvent à Montréal, ce que déplorent les facultés en région car selon nos répondants, ceux qui restent et qui vont en région sont plus à risque d'être en difficulté.

Ça se peut que dans d'autres universités ça soit moins le cas. Par exemple, McGill peut sélectionner les meilleurs candidats mais le bon candidat, nous, les trois programmes francophones, en tout cas, on doit les classer tous à peu près de la même manière puisqu'on se fie sur la même entrevue et les mêmes ÉCOS. Alors, celui qui veut aller à Montréal en priorité, il va aller à Montréal. Donc, souvent, ils récoltent les meilleurs. On n'a pas nécessairement les meilleurs. C'est pour ça quand je vous disais tantôt qu'ils étaient plus en difficulté, ça se peut qu'ils soient plus en difficulté chez nous. (UL)

Les facultés préfèrent quand les DHCEU sont passés par le programme du CÉDIS. En effet, les DHCEU sont évalués pendant trois mois *in situ* par des médecins québécois, donc les critères sont les mêmes que ceux des facultés. Et trois mois, cela donne plus de temps qu'une demi-journée d'ÉCOS pour juger des compétences des DHCEU.

Donc, on a des candidats qui ont été observés par des pairs, des médecins de famille, pour la grosse majorité des cas pendant trois mois et qui nous donnent une opinion, une opinion sur l'aptitude de ce médecin-là pour faire une entrevue, pour... les mêmes critères qu'on évalue dans une entrevue. Alors, au lieu de faire trois petits cas simulés

de patients, de faux patients, auxquels on essaie d'accorder une note, plus une entrevue de 25 minutes pendant laquelle on peut apprendre une technique d'entrevue et puis, apprendre à être bon en entrevue, là, on a des gens qui l'ont observé dans son habitat naturel pendant trois mois. C'est-à-dire l'habitat naturel étant le même de celui de la résidence, parce que c'est les UMF où ça se passe. Alors pour nous c'est de l'or en barre. Si quelqu'un a jugé qu'il était bon pendant trois mois, qui le serait pendant une journée d'entrevues où il y a deux fois trois quarts d'heure de petits cas simulés et 25 minutes d'entrevue, versus trois mois. On aime bien mieux se fier aux trois mois. (UL)

Les DHCEU peuvent échouer lors des entrevues car ils ne maîtrisent pas les techniques d'entrevue et certains ne savent pas « se vendre ». Ceux qui, après un échec au CaRMS, sont acceptés dans le programme CÉDIS, sont invités à participer à une journée de préparation aux entrevues organisée par le CREMCV. Les DHCEU sont entraînés toute la journée à devenir « performants » en entrevue. On leur explique le type de questions qui seront posées et les attentes des personnes qui vont les recruter. Ils ont ensuite plusieurs pratiques durant lesquelles ils sont tour à tour candidat et recruteur. En une journée, ils doivent intégrer ce que les étudiants au Québec ont appris sur plusieurs années.

On peut se demander pourquoi, alors que le CMQ a délivré l'équivalence du diplôme MD aux DHCEU, les facultés ajoutent des critères supplémentaires et spécifiques concernant les DHCEU ? Pourquoi choisir « les meilleurs » ? Le programme du CÉDIS a fait ses preuves auprès des facultés et des DHCEU, mais ne peut accueillir tout le monde.

L'experte MD nous a expliqué que « comme médecins québécois, si on arrête de pratiquer plus de trois ans, on est tenu de refaire des stages. C'est le Collège des Médecins qui nous évalue. Il nous fait venir là-bas, au Collège. Tu fais une entrevue, il te fait passer des tests, des examens, dépendamment de ta pratique. » Il existe donc déjà des procédures pour des médecins qui n'ont pas pratiqué depuis plus de trois ans et des ententes sont préparées avec des milieux de stages et c'est « [S]ouvent [...] dans les unités d'enseignement qui reçoivent déjà les résidents. » (Experte MD) Pourquoi ne pas offrir aux DHCEU les mêmes conditions de (re)mise à niveau ?

Nous avons constaté que les DHCEU ont une perception différente du processus.

Pour Mohamed, qui a décidé de refaire complètement son doctorat, « les entrevues se sont bien passées. ». Cependant, il souligne que dans son entourage, ce n'est pas le cas de ceux qui ont fait le processus de reconnaissance complet, ils « ont appliqué et n'ont même pas eu d'entrevues. Il y a des spécialités qui sont plus contingentées que d'autres, il y a des dossiers qui sont plus, après, parfois, il y a, la rigueur des critères de notes, quand tu as une certaine cote, on ne t'appelle carrément pas en entrevue. ».

Andréa, qui a commencé son processus avec un permis restrictif, avait l'embarras du choix car elle a eu plusieurs appels pour passer des entrevues « parce qu'ils avaient besoin de médecins ». Elle a choisi l'établissement où elle voulait exercer et son entrevue s'est très bien passée. Malheureusement, c'est son échec à l'examen de français et les changements liés au permis qui lui ont fermé la porte à son embauche.

Ana a préféré son expérience d'évaluation à McGill plutôt qu'à l'Université de Montréal où elle ne s'est pas du tout sentie bien accueillie.

Donc, j'ai fait McGill et j'ai fait Université de Montréal, les deux entrevues. Université de Montréal, c'était épouvantable, c'était une entrevue épouvantable. À la fin, je l'ai regardé, moi, je suis comme « même si vous m'acceptez, moi, je ne veux pas travailler avec vous autres », c'était terrible. Puis, là, je venais de l'entrevue de McGill qui était le premier, où on a été tellement bien accueillie, dans une atmosphère, tu sais, le plus détendue possible, parce qu'ils savaient que c'est la pire journée de ta vie, c'est super méga stressant. Les gens étaient très, très, friendly, là, tu sais, quand j'ai fait la comparaison avec les deux, c'est comme, it's an easy choice. (Ana)

Youssef lui pense que les DHCEU ont moins de chances de réussite que les diplômés du Québec lors des entrevues.

Et là, si vous dites que bien, pendant ce temps-là, moi, je me suis consacré à mes études, je n'ai rien fait d'autre, ça n'augmente pas vos chances d'être pris parce que vous êtes en train de faire concurrence avec des gens qui ont fait trois ou quatre ou cinq ans d'études de médecine dans le même circuit que les personnes qui font passer les entrevues, donc qui les ont déjà vus dans des services, qui ont déjà une petite idée sur eux. Si vous voulez prendre la place d'un de ces gars-là ou de ces filles-là, il faut vraiment vous lever très tôt. Et si vous avez déjà quelques années de plus, bien là mais ... (Youssef)

Enfin, il y a ceux qui, à la suite d'un premier échec de jumelage ont financé, comme Hodan, une préparation aux entrevues « avec un spécialiste » et ceux qui ont été acceptés dans le programme du CÉDIS. Ils sont préparés pendant une journée pour les entrevues et en sont très satisfaits, comme en ont témoigné Ali, Kensia et Layla.

3.3.1.2. Supervision – évaluation des compétences durant la résidence

L'évaluation des compétences des DHCEU, tout comme celles des diplômés québécois, continue une fois qu'ils sont en résidence, puisqu'ils sont en apprentissage. Les résidents sont sous la supervision constante de superviseurs, celle-ci diminuant au fil des années et des apprentissages.

Les acteurs que nous avons rencontrés soulignent que cette supervision peut être inconfortable pour certains DHCEU, soit parce qu'ils ne sont pas habitués à ce type d'évaluation dans leurs formations initiales, soit parce que cela fait longtemps qu'ils ont quitté l'université et n'ont plus l'habitude de rendre des comptes et d'être critiqués. Selon l'experte MD, la supervision est exercée au quotidien, « en résidence, ils sont constamment avec des patrons parce que c'est très, très encadré. Et tout est

structuré. Je veux dire, quand ils sont dans un milieu de formation, à chaque fois qu'ils travaillent, ils ont toujours un patron avec eux » mais « il y a comme des barèmes, si on peut dire. On sait à peu près qu'à tel niveau, ils sont capables de faire tel genre d'affaires et tout ça. Mais c'est toujours adapté à l'individu qui est devant toi. » Les évaluations, notamment des DHCEU, sont plus nombreuses au début de la formation car les professeurs et les superviseurs veulent se rassurer sur les compétences des DHCEU car ils ne connaissent pas les contenus des formations initiales. Cependant, ils font « la même chose avec les Québécois de toute façon. » (Experte MD). L'UdM explique que « aussi studieux et brillants qu'ils ont été, le clash est énorme. Toute la supervision constante, à laquelle on soumet tous les gens, c'est, c'est quelque chose qui n'est pas du tout dans la formation, même en France. » La supervision et les rétroactions au quotidien c'est un mode de fonctionnement qui « est très lourd, c'est lourd pour tous, pour tous les médecins, avec tous les étudiants en médecine, les résidents. » (UdM) C'est d'autant plus difficile pour quelqu'un qui a pratiqué pendant des années, qui a des habitudes, qui est autonome, qui est plus âgé et a de l'expérience.

Selon notre experte MD, les superviseurs et les professeurs ont « un devoir de s'assurer de la qualité de ce qui sort sur le marché » et « une conscience sociale ». Ils vont consacrer du temps et de l'énergie à faire en sorte que tous les finissants soient aussi compétents que l'exige la protection du public parce que « le but ultime, c'est que tout le monde soit top niveau pour arriver à la ligne d'arrivée, notre but ultime comme prof, c'est de les faire arriver à la ligne d'arrivée. » (Experte MD)

Les superviseurs utilisent « des grilles d'évaluation directe et indirecte » pour chaque supervision, ce qui leur permet de détecter les besoins de soutien ou de compléments de formation. Les résidents ont les grilles et « savent sur quoi ils sont évalués [...] et tout est bâti pour les amener à réussir les examens à la fin. » (Experte MD)

La supervision fait partie de la charge de travail des professeurs à la faculté de médecine et c'est « immense comme charge de travail », « c'est très exigeant » parce qu'en plus de la supervision, « il faut donner des cours, il faut faire de la clinique nous-même, il faut faire de la recherche parce qu'on est dans les standards universitaires. » (Experte MD)

Les superviseurs ne suivent pas de formation obligatoire pour se former, autre que sur les critères à évaluer. Ils peuvent s'inscrire, sur une base volontaire, à des cours de pédagogie, mais rien ne leur est offert en termes de différences culturelles pour avoir des outils de communication interculturelle par exemple. L'Université Laval offre des cours sur la santé des minorités ethnoculturelles, mais rien en relations interculturelles par exemple.

Selon notre experte MD, les superviseurs font face à plusieurs défis quand ils évaluent les DHCEU. D'abord, en médecine familiale, selon les facultés de médecine et notre experte MD, les DHCEU ont majoritairement une formation initiale autre que la médecine familiale. Ce choix pour les DHCEU ne serait pas dicté par une vocation, mais souvent parce que c'est la voie la plus courte et que c'est la médecine familiale qui offre le plus de places, comme nous l'avons déjà mentionné.

Ils étaient tous ailleurs qu'en médecine familiale. J'avais des chirurgiens, des gériatres, des gynécologues. Et c'était ça le défi, nous autres, comme professeurs en médecine familiale. C'était d'en faire des médecins de famille quand ça fait 20 ans que tu n'as pas vu des bébés ou des femmes, dépendamment de la spécialité d'où tu viens. [...] Puis là, je veux dire, c'est un défi. Quand tu as quelqu'un devant toi qui a 43 ans et qui n'a jamais examiné de femmes depuis 20 ans ou il n'a pas vu de bébés depuis 20 ans parce qu'il était gériatre. C'est un défi. (Experte MD)

Ensuite, les standards de la culture d'origine ne sont pas toujours les mêmes que ceux du Canada et les DHCEU ont une adaptation à faire. Selon notre experte MD, « il y a des défis que tu n'as pas avec des étudiants québécois parce que veut, veut pas, on est toujours teinté des cultures dans lesquelles on baigne. » Les étudiants du Québec n'ont « pas d'adaptation envers notre type de clientèle ». Donc les évaluations vont aider à transformer les comportements des DHCEU pour « atteindre » les standards canadiens et améliorer « les attitudes » et le « savoir-être ». En effet, « des fois, il y en a qui ne sont même pas conscients parce qu'ils étaient dans un autre système avant. Puis dans leur système, c'était normal de faire comme ça. Mais ici, ça ne marche pas. » (Experte MD)

Enfin, la maîtrise du français joue un rôle essentiel dans la communication, une des compétences CanMEDS. Et pour les superviseurs, « c'est un défi supplémentaire » car il arrive, malgré toutes les mises à niveau, tests et évaluations passés, qu'une minorité de DHCEU n'ait pas une connaissance et une maîtrise suffisante du français pour comprendre et se faire comprendre lors d'un diagnostic par exemple. Cela « peut virer au drame » (UdM).

Nous avons souligné dans cette première sous-section que, pour le DHCEU, l'évaluation et la reconnaissance de leurs compétences sont soumises au jugement des facultés de médecine lors de la sélection pour entrer en résidence au même titre qu'un employeur juge des qualités du travail d'un candidat lors d'une entrevue d'embauche. De plus, une fois acceptés en résidence, ils sont soumis à une supervision constante, au même titre que les diplômés du Québec, avec la différence qu'ils ont une expérience professionnelle dans leur pays d'origine et que cette supervision peut être difficile à supporter.

3.3.2. Intégration dans la profession de médecin

Une fois la reconnaissance institutionnelle obtenue avec l'obtention du permis d'exercice du Collège des médecins (CMQ), nous avons examiné la situation des DHCEU concernant leur intégration professionnelle comme médecins au Québec.

3.3.2.1. L'obtention d'un permis est-elle garante d'un emploi pour les médecins ?

Comme nous l'avons mentionné au début de ce chapitre, une fois les études terminées et les obligations du CMQ satisfaites pour la délivrance de leur permis d'exercice, les médecins de famille appliquent aux PREM, les plans régionaux d'effectifs médicaux, déterminés par le MSSS. Ces nouveaux médecins peuvent proposer leur candidature partout dans la province et une place leur sera attribuée en fonction des postes disponibles. Selon le MSSS, les PREM « visent à assurer à la population une plus grande équité d'accès aux services médicaux. La notion d'équité comprend deux principes : assurer à la population de chaque région une part équitable de services; privilégier l'installation des médecins requis pour offrir ces services dans la région des bénéficiaires¹⁴⁴. » Des cibles sont déterminées dans chaque région par le MSSS et revues chaque année dans un objectif de répartition « équitable » des effectifs. Ainsi, les médecins, lorsqu'ils font leur application aux PREM, doivent « indiquer, par ordre de préférence, la ou les régions où ils souhaitent commencer leur pratique¹⁴⁵ ».

Les médecins spécialistes, eux, postulent dans les PEM, les plans d'effectifs médicaux en spécialité, c'est-à-dire, la liste du nombre de postes autorisés par spécialité dans chaque établissement de la province. Selon le MSSS, « les PEM en spécialité sont élaborés à partir des besoins exprimés par les établissements et selon la disponibilité des effectifs. Leur objectif est de répartir équitablement les médecins spécialistes entre les établissements de la province en fonction des besoins prioritaires et de favoriser l'accès de la population de chaque région aux services médicaux spécialisés¹⁴⁶. » À la différence des PREM, les PEM sont élaborés et autorisés tous les cinq ans.

À l'inverse de la majorité des DHCEU qui font le processus long de reconnaissance et qui deviennent médecins de famille, les DHCEU qui obtiennent un permis restrictif savent dans quel établissement ils auront un emploi puisqu'ils ont souvent été recrutés par ces établissements via

¹⁴⁴ MSSS. Plans régionaux d'effectif médicaux (PREM). <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/>

¹⁴⁵ MSSS. Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Place disponibles par régions aux PREM en médecine de famille. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/prem/places-disponibles-medecine-de-famille/>

¹⁴⁶ MSSS. Plans d'effectifs médicaux en spécialité (PEM). <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/medecine-au-quebec/plans-d-effectifs-medicaux-pem-en-specialite/>

RSQ pour répondre à des besoins de spécialité qu'ils n'ont pas réussi à recruter au Québec, souvent en région. En effet, les établissements passent parfois par le recrutement international pour combler leurs besoins car le territoire où ils sont situés n'est pas attractif. Quand nos répondants donnent des exemples de ce type de territoires peu attractifs, c'est toujours l'Abitibi-Témiscamingue qui est nommée.

Les acteurs que nous avons rencontrés sont unanimes sur un point : l'obtention d'un permis d'exercice n'est pas garante d'un emploi pour les médecins, ni pour aucune profession réglementée par un ordre professionnel, DHCEU ou pas. Cependant, comme nous l'avons constaté, pour les médecins, tout est calculé, tout est géré, du nombre de places en résidence jusqu'au nombre de postes offerts dans chaque région. Mathématiquement, ils devraient donc tous se trouver un poste après la résidence et exercer leur profession. Il n'y aurait donc pas, ou quasiment pas de chômage chez les médecins. Un de nos répondants nous a confié qu'il n'y a même pas assez de médecins de famille qui diplôment pour le nombre de places offertes.

Ce que l'on constate sur le terrain, selon nos répondants, c'est que certaines spécialités commencent à être saturées, donc il n'y aurait plus assez de places pour les candidats.

De plus, la majorité des diplômés veulent rester ou aller à Montréal, parfois à Québec, alors que c'est saturé. Il n'y a pas de différence entre un DHCEU et un diplômé du Québec à ce sujet, personne ne veut aller en région selon les acteurs. Ce n'est pas ce que nous ont confié les DHCEU de notre échantillon qui sont soit en résidence, soit médecin. À part Ana, qui n'avait aucune envie d'aller en région, pour les autres, ce n'est pas un problème. Ce qui les rebute, c'est plus le fait de devoir déménager de Montréal vers une région pour la résidence et de devoir de nouveau déménager dans une autre région pour le travail. Quand ils ont une famille, c'est une réorganisation à chaque fois pour les enfants et le conjoint qui doit se retrouver un emploi ailleurs. Et selon sa profession, cela peut être problématique.

Ceux qui veulent rester en milieu urbain mais qui n'ont pas de PREM ont le choix d'attendre qu'une place se libère ou de se désaffilier de la RAMQ et exercer dans le privé dans la ville de leur choix.

3.3.3. Après la légitimité institutionnelle, la légitimité professionnelle

Seulement trois de nos répondants avaient complété le processus et exerçaient au moment des entrevues. Nous les avons cependant tous interrogés sur leur intégration professionnelle car ils ont occupé plusieurs emplois et ceux qui ont fait des stages ont été intégrés dans des équipes de travail. Certains ont fait le deuil de leur profession, et c'est dur. D'autres ont composé avec leur ancien statut de médecin et un statut très différent au Québec.

3.3.3.1. L'intégration professionnelle des DHCEU

Dans le Tableau 48, nous présentons un récapitulatif du parcours professionnel de nos répondants et détaillons la profession qu'ils exerçaient avant d'immigrer, les différents emplois occupés depuis leur arrivée, les différents choix qu'ils ont fait concernant la reconnaissance de leurs compétences et leur emploi actuel.

Tableau 48 : Parcours d'intégration dans les différents emplois occupés par les DHCEU

Code prénom	Pays de diplomation	Profession avant l'immigration	Stratégie	emplois depuis l'arrivée	Emploi actuel
Ali	Iran + fellowship France	Pneumologue pédiatrique	Démarches débutées avant immigration - Reconnaissance CMQ régulier - Plan B retour en Iran pour pratiquer et demander permis restrictif	Assistant de recherche (attente réponse CaRMS)	Assistant de recherche (attente réponse CaRMS)
Ana	Roumanie	Diplômée MD mais n'a pas travaillé	Étudiante internationale et démarches en parallèle EXAM - CaRMS + R5	assistante de recherche	PREM Psychiatrie Montréal
Andréa	Mexique	Médecin généraliste	Permis restrictif (échec) - Permis régulier (échec LMCC1) - Retour aux études MD	aucun	Étudiante doctorat en médecine
Andrès	Colombie	Médecin chirurgie générale	Démarche CMQ régulier	assistant en endoscopie dans un cabinet privé	Médecin spécialiste (anatomopathologiste - PREM Gatineau)
Dima	Moldavie	Médecin orthopédiste pédiatrique	N'a pas fait les démarches - Démarches OIQ AEC pour exercer comme infirmier	PAB + infirmier	Infirmier.e
Divine	Russie	Médecin généraliste	Retour aux études - Maîtrise en santé communautaire	3 emplois en même temps : agente de mobilisation communautaire dans un organisme et assistante de recherche dans 2 projets	Agente de mobilisation communautaire en santé publique
Emmanuel	Côte d'Ivoire	Médecin généraliste	Retour aux études - DEC en sciences infirmières - Tremplin pour la reconnaissance MD	PAB	Préposé.e aux bénéficiaires
Eya	Tunisie	Médecin généraliste (mais n'a pas exercé)	Démarches complètes EXAM - CEDIS - CaRMS - résidence	(vide)	Étudiante - résidence en pathologie générale UL
Hodan	Cuba	Médecin de famille	Démarches en cours - en attente résultats exam1		0 Sans emploi - se prépare aux examens
Imène	Algérie	Responsable formation dans une entreprise pharmaceutique	Retour aux études - DESS en développement de médicaments (ap. avoir essayé DEC soins inf. et Bacc en sc. Inf. refusée)	représentante en matériel médical (remplacement congé mat.) représentante pharmaceutique	En recherche d'emploi
Kensia	Cuba	Médecin généraliste	Stage CÉDIS prévu début 2019	centre d'appel + PAB	Préposée aux bénéficiaires
Laura	Colombie + États-Unis	Gestionnaire épidémiologie	Pas de démarches de reconnaissance - choix assumé de ne plus exercer	stage + temps partiel + temps plein dans un organisme en employabilité	Conseillère programme accompagnement PFE CREM CV
Layla	Iran	Médecin infectiologue	Reconnaissance CMQ permis régulier - en cours	(vide)	Étudiante - maîtrise sciences pures médicales UDM
Lina	Algérie	Médecin spécialiste médecine interne - Praticienne de la santé publique	Préparation dossier AVANT départ (2/3 exams + exams US) - Poursuite démarches en arrivant	travaillé dans une banque + chargée de cours	Résidente R2 en médecine familiale
Manuella	Haïti	Médecin généraliste	Démarches complétées jusqu'à échec CaRMS - Externat puis Résidence	PAB + contrats ponctuels assistante de recherches à McGill santé publique et nutrition	Étudiante - résidence MD de famille UDM
Mary	Iran	Médecin de famille	Démarches en cours - doit passer LMCC1 en mai 2019	etudie pour exam	Sans emploi - se prépare aux examens
Mohamed	Côte d'Ivoire	Médecin généraliste	Retour aux études - Doctorat MD	professionnel de recherche en économie de la santé à UL	Médecin résident - Anatomopathologie
Sabrina	Algérie	Médecin généraliste	Externat UDM (Refusée) - Retour aux études - Bacc en nutrition - A renoncé pour le moment		0 Étudiante bacc en nutrition UL
Thomas	France	Médecin anatomopathologiste	Permis restrictif pour avoir un contrat de travail dans sa spécialité et demander résidence permanente	Anatomopathologie	Médecin anatomopathologiste
Véronyka	Moldavie	Médecin obstétricienne et gynécologique	Démarches en cours - attente 2e tour CaRMS	infirmiere	Infirmier.e
Yasmine	Algérie	Représentante pharmaceutique	Démarches abandonnées après échec CMCEE - Deuil de la profession difficile	5 (à vérifier)	Conseillère dans un organisme communautaire
Youssef	Maroc	Professionnel du secteur pharmaceutique	Pas de démarches de reconnaissance - mais garde au fond de lui l'envie	vérifier	Évaluateur clinique

Parmi les 22 DHCEU que nous avons rencontrés :

- Huit n'ont pas entamé ou ont abandonné les démarches parce que c'était trop cher et trop long ou parce qu'ils et elles ont décidé de faire un retour aux études pour changer de carrière. Ces DHCEU sont en recherche d'emploi, préposé aux bénéficiaires, infirmier, étudiant.e, conseillère dans des organismes communautaires par exemple ;
- Un a choisi la voie du permis restrictif et en trois mois travaillait dans sa spécialité ;
- Parmi celles et ceux qui ont entamé le processus de reconnaissance de la formation initiale ou ont obtenu une place en externat : six passaient les examens, cinq étaient en résidence, deux étaient médecins.

Quand les DHCEU qui sont en résidence exerceront, nous avons calculé que le processus de reconnaissance aura pris entre 8 à 14 ans pour obtenir leur permis d'exercice (si tout se passe comme prévu et qu'ils n'ont aucun incident de parcours, ce qui reste à voir en raison des restrictions d'accès aux examens liés à la pandémie de COVID19 notamment). Ce sont des personnes qui ont déjà suivi 6 à 12 ans d'études médicale dans leur pays d'origine et qui ont en moyenne six ans d'expérience professionnelle. On peut constater dans le Tableau 49 que pour Andrès et Ali, le total combiné de la formation universitaire initiale et celle de la mise à niveau au Québec s'élève à 22 ans, pour Eya et Manuella, si tout va bien, ce total sera de 21 ans et pour Lina et Andréa de 20 ans, également si elles ont un processus linéaire.

Tableau 49 : DHCEU - Durée du processus de reconnaissance des compétences

Code prénom	Durée formation initiale	Années expérience antérieure	Durée des démarches	
Lina	12 ans	5 ans	8 ans	8 ans (4 ans en Algérie + 2 ans + R2)
Mohamed	8 ans	0	9 ans	9 ans quand MD 4 ans + R5 terminé (2023)
Kensia	6 ans	1 an	9 ans	Démarches en cours - Si tout va bien finit en 2022 donc 9 ans
Ana	6 ans	0	9 ans	9 ans
Andrès	12 ans	2 ans	10 ans	10 ans
Ali	10 ans	6 ans	12 ans	Démarches en cours - déjà 8 ans - potentiel 12 ans pour généralis
Andréa	6 ans	6 ans	14 ans	14 ans quand MD 4 ans + R2 terminé (2023)
Eya	7 ans	0	14 ans	14 ans quand R5 terminée en 2025
Manuella	7 ans	*	14 ans	14 ans quand R2 terminée en 2022

*Manuella a mentionné dans l'entrevue "un certain temps", il n'est donc pas possible de connaître exactement son nombre d'années d'expérience.

3.3.3.2. Reconnaissance professionnelle par les pairs et par les patients

Une fois la reconnaissance institutionnelle acquise, nous voulions savoir si les DHCEU doivent encore démontrer leurs compétences auprès de leurs pairs et de leurs patients. Pour ceux qui exerçaient ou qui ont exercé un autre emploi, nous voulions également savoir s'ils avaient affiché, dans leurs CV ou lors d'entrevues d'embauche, leur formation et leur expérience professionnelle comme médecin dans leur pays d'origine.

Les expériences de nos répondants sont très variées quant à la divulgation de leur profession d'origine. Youssef et Laura l'ont mentionné. Cela ne les a pas desservis, au contraire, leurs employeurs ont pu capitaliser, d'une manière ou d'une autre, sur cette expérience professionnelle. Yasmine « l'a caché » pour obtenir son premier emploi, mais ensuite, elle l'a noté dans son CV. Si cela ne l'a pas desservie, elle a été déçue que son employeur n'utilise pas ses compétences cliniques quand il en aurait eu l'occasion. Pour Kensia, il était hors de question de le mentionner parce que « quand on fait un CV, on met qu'on était médecin, ça, c'est zéro job parce que quand on arrive à

une entrevue, ils disent, bien OK, vous étiez médecin, vous êtes trop qualifiée pour la job » quel que soit l'emploi pour lequel on postule. Andréa a eu une très mauvaise expérience après avoir dit qu'elle était médecin et raconte : « Je me sentais dévalorisée et c'était vraiment un... un cauchemar. Je n'ai pas un autre mot. Avec plein de monde qui ne croyaient pas que j'étais médecin, qui m'ignoraient, qui m'a fermé la bouche. Je dis : 'ah mais je sais ça' 'non, non, tais-toi. Ici, tu n'es rien' vraiment comme ça. » Véronyka et Dima ne voulaient pas que leurs collègues le sachent, mais la confidentialité n'a pas été respectée dans le cas de Véronyka. Les compétences de Dima étaient clairement plus développées que celles d'un infirmier, alors ses collègues ont deviné. Ils ont été très empathiques et trouvaient qu'il « avait de la chance d'être dans le domaine de la santé que comme taxi ».

Tous sont unanimes pour dire que leur intégration s'est très bien passée avec leurs patients, que ce soit lors de stages ou lors des différents emplois qu'ils ont occupés : préposés aux bénéficiaires, infirmiers ou médecins, même si parfois on leur rappelle dans certains comportements et commentaires qu'ils sont « étrangers ».

Les gens sont des fois un peu réticents par rapport aux étrangers mais bon, ça, je sais que ça existe mais bon, ça ne me dérange pas. [...] À un moment donné, on ne voit plus ça. Même quand les gens refusent quelque chose, juste parce qu'on est étranger ou encore qu'ils font une réaction, c'est parce qu'on est étranger. Moi, j'en fais fi. C'est sûr que sinon, je serais repartie chez moi. (Manuella)

Les collègues et la hiérarchie ne semblent pas remettre en question leurs compétences, sauf dans le cas mentionné plus tôt d'Andréa. S'ils ont été bien accueillis dans leurs milieux de stage ou dans leurs milieux de travail, certains ont mentionné quelques irritants. Véronyka trouve que certains départements, plutôt homogènes, sont « un peu fermés » aux immigrants. Andrès a vécu un début de résidence difficile dans un milieu également homogène. Il a changé pour un milieu qui avait l'habitude d'accueillir des DHCEU et c'était beaucoup mieux. Thomas a vécu quelques tensions avec ses collègues par rapport aux ARM et aux conditions de recrutement. Il nous dit :

c'est comme de partout, c'est-à-dire qu'il faut prouver qu'on sait travailler. Et une fois qu'on sait qu'on peut travailler, bien les gens sont contents qu'on travaille avec eux. Mais après, il y a une forme, alors ce n'est pas du racisme mais il y a quelque chose de plus primaire où on est plus dans quelque chose de, ah oui, moi, j'ai fait cette formation-là et toi, tu ne l'as pas faite comme ça, donc c'est moins bien. CB. Donc il y a une forme de jugement? Thomas. Il y a une forme de jugement, oui. CB. De vos collègues? Thomas. Oui, tout à fait. CB. Par rapport à vos compétences? Thomas. Tout à fait.

Alors que Ana est très enthousiaste par rapport à son intégration et à ses collègues à qui elle n'a rien à prouver.

Hiérarchie est très, très différent de ce que j'étais habitué en Roumanie. C'est, je pense, une des raisons puis un des facteurs qui a contribué à ma grande passion pour mon

métier [...] Donc, je suis rentrée d'emblée, dans un milieu où j'aimais les gens, j'aimais leur attitude, je n'ai jamais eu de problème, pas de problèmes majeurs, dans les hôpitaux où j'ai travaillé [...] Moi je me suis sentie respectée, là, tu sais. Donc, moi je trouve que mon intégration a été très smooth. [...] Les gens, superviseurs, collègues, super gentils, j'ai eu beaucoup d'appui.

Plusieurs acteurs nous ont confié ne pas avoir d'information à ce sujet et donc ne se sont pas prononcés. Pour certains autres, l'intégration professionnelle des DHCEU n'est pas un enjeu majeur. Ce qu'ils voient ce seraient des enjeux interculturels ou culturels dans l'intégration, mais rien que le temps ne peut aplanir.

Pour le CMQ, le mentorat serait une bonne chose à mettre en place, mais pour tous les finissants, pour faciliter l'intégration dans la profession. Ils essaient d'ailleurs de « créer des ponts » avec « différentes organisations, le Collège québécois des médecins de famille, les fédérations des médecins omnipraticiens qui ont créé des programmes de mentorat. On commence, on, on essaie de voir si, s'il y a une, si le, on peut créer des ponts avec ces organisations-là, peut-être plus spécifiquement pour un médecin qui n'est pas nécessairement un nouveau médecin en pratique comme tel, mais un nouveau médecin en pratique au Québec. »

Les universités sont des témoins privilégiés de l'intégration des DHCEU dans les milieux de travail. Pour elles, s'ils sont gradués, ils sont compétents. Et « on engage les meilleurs. Alors par exemple, le chirurgien dont je vous parlais tantôt, il est directeur adjoint de l'UMF. Alors, il est reconnu comme très compétent par ses pairs sinon il n'aurait jamais été nommé à ce poste-là. » (UL)

Pendant la résidence, le fait d'avoir accueilli des DHCEU dans les établissements fait en sorte de sensibiliser les collègues.

Mais dans chaque GMFU, il y a deux, trois candidats DHCEU en permanence. Donc, ils ne sont pas traités ou reconnus différemment des autres. Ce n'est pas une bibitte rare qui arrive une fois tous les cinq ans. C'est quelque chose qui est, qui est dans les mœurs. Ils sont intégrés. Ils font les mêmes activités que leurs collègues. (UL)

De plus, quand on parle des permis restrictifs, ils sont tellement attendus que l'intégration se fait naturellement et la reconnaissance des compétences aussi.

entre autres, les permis restrictifs, quand ils viennent, les gens sont tellement contents d'avoir des médecins qui viennent sur des postes, en tout cas, j'ose espérer qu'ils sont contents et qu'ils essaient de favoriser l'intégration puis tout ça. En tout cas, j'espère fortement. Pour parler de notre expérience, ici, on en a eu quand même pas mal parce que Sherbrooke est encore considéré un peu des fois région, donc on a eu besoin de combler plusieurs de nos postes il y a à peu près une douzaine d'années via la voie de permis restrictifs, entre autres, et ces choses-là. Puis ça s'est très bien passé. (USH)

Dans cette troisième section, nous avons constaté qu'une fois les épreuves de sélection pour entrer en médecine réussies et celle de la supervision durant leurs études, les DHCEU vivent les mêmes

réalités que les diplômés que Québec une fois la résidence terminée. En effet, comme pour les autres professions réglementées au Québec, l'obtention d'un permis d'exercice n'offre pas la garantie d'obtenir un emploi. Cependant, dans un marché du travail fermé comme celui des médecins, si ces derniers n'ont pas de poste, c'est, selon nos répondants, parce qu'ils ne veulent pas de ceux qui sont disponibles, notamment en région éloignée de Montréal. Également, pour ceux qui exercent comme médecins, la reconnaissance institutionnelle, donc l'obtention du permis d'exercice, s'est accompagnée de la reconnaissance professionnelle, c'est-à-dire que leurs pairs et leurs patients reconnaissent leurs compétences.

Dans cette troisième partie du chapitre de résultats sur les médecins immigrants, nous avons divisé la présentation de nos résultats sur la reconnaissance des compétences des DHCEU en trois sections.

D'abord, durant le processus d'immigration, les acteurs institutionnels collaborent et se sont dotés d'outils et de critères pour s'assurer de sélectionner les immigrants ayant le potentiel à bien gagner leur vie. Ainsi, le MIFI, en collaboration avec le MTESS, établit les pointages de la grille de sélection et de la liste des domaines de formation utilisées pour sélectionner les candidats à l'immigration. S'agissant des DHCEU, si leur profession ne leur donne aucun point dans la grille de sélection, ils réussissent avec tous les autres critères à être sélectionnés, notamment grâce à leur niveau de diplôme, leur expérience professionnelle, leur connaissance du français ou leur âge. Également, le MIFI demande aux DHCEU, et ce n'est le cas pour aucune des autres professions réglementées du Québec, de signer la Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis stipulant qu'ils sont informés qu'ils devront reprendre des études pour exercer leur profession au Québec, sans aucune certitude d'y arriver. Si pour le MIFI et les autres acteurs institutionnels ce processus et ces outils montrent clairement que les DHCEU ne sont pas sélectionnés pour exercer leur profession, il n'en est rien pour ces derniers qui considèrent qu'ils ont été sélectionnés comme médecins et pourront donc exercer leur profession de médecin.

Ensuite, durant le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU, ces derniers doivent passer à travers plusieurs étapes avant de faire reconnaître leurs compétences et exercer leur profession. Dans un premier temps, le CMQ leur délivre une équivalence du diplôme MD après la réussite de plusieurs examens administrés par le Conseil médical du Canada. Nous avons souligné à quel point ce pouvait être un processus long et coûteux pour les DHCEU. Certains abandonnent en cours de processus, d'autres n'entament même pas les démarches se trouvant ainsi exclus du processus de reconnaissance des compétences. Dans un deuxième temps, pour obtenir leur permis d'exercice de la profession, les DHCEU doivent faire une résidence qui peut durer entre deux et sept ans. Pour ce faire, ils sont sélectionnés, en même temps que les diplômés du Québec, à travers

un exercice de jumelage dont les critères sont définis par les facultés de médecine. Nos résultats montrent que certains critères, comme l'éloignement de la pratique depuis plus de quatre ans et un résultat élevé au test de français international, uniquement appliqués aux DHCEU, sont des critères d'exclusion du parcours. En effet, les facultés de médecine considèrent que « la pratique médicale antérieure ne s'exporte pas » et que les DHCEU doivent apprendre les normes et les standards nord-américains qui semblent différents de ceux des autres pays. Également, selon la voie de la reconnaissance des compétences choisie par les DHCEU, les épreuves de mise à niveau comme les stages sont à géométrie variable. Il apparaît qu'il est plus beaucoup plus rapide de passer par la voie du permis restrictif, notamment quand les DHCEU viennent avec un arrangement de reconnaissance mutuel comme celui signé avec la France dans le cadre de l'Entente France-Québec, que par la voie du permis régulier et l'équivalence du diplôme MD. Les DHCEU rencontrent des difficultés à entrer en résidence et les échecs et difficultés rencontrés leur font développer un sentiment d'injustice et de dévalorisation. Enfin, les évaluations successives du français à différentes étapes du processus pèsent également dans la reconnaissance des compétences des DHCEU.

Enfin, durant le processus d'intégration professionnelle, nous avons constaté que, si le CMQ donne une équivalence du diplôme MD, les facultés de médecine accumulent les épreuves d'évaluation des DHCEU afin de réduire leurs incertitudes quant aux compétences professionnelles des DHCEU. Ainsi, ils doivent se plier à un processus de sélection comportant plusieurs critères les excluant parfois du parcours. Une fois qu'ils réussissent à entrer en résidence, ils sont sous la supervision constante de leurs pairs, tout comme les diplômés du Québec, et sont considérés comme des jeunes diplômés alors qu'ils ont déjà une formation en médecine dans leur pays d'origine ainsi que de l'expérience professionnelle. La résidence terminée et le permis d'exercice obtenu leur procure une légitimité institutionnelle qui leur confère également une légitimité professionnelle auprès de leurs pairs et des patients.

Nous présentons dans la quatrième et dernière partie de ce chapitre une synthèse des résultats concernant la reconnaissance des compétences des DHCEU dans laquelle nous présentons la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ.

4. Synthèse : la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU

Ce quatrième chapitre a pour objectif de présenter les résultats de notre recherche sur la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des médecins diplômés hors Canada et États-Unis (DHCEU) au Québec.

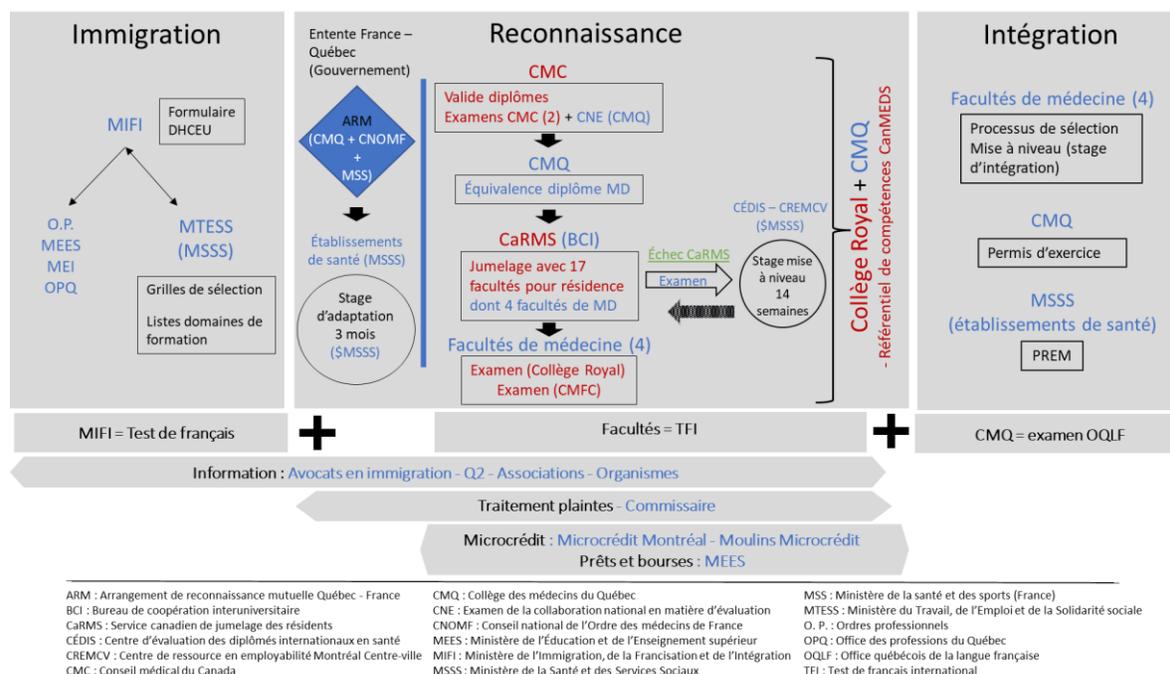
Dans la première partie de ce chapitre, nous avons commencé par une présentation historique de la profession de médecin au Québec afin de présenter les origines de la profession, le contrôle de la pratique médicale, la formation exigée et les conditions d'exercice.

Nous avons ensuite, dans une deuxième partie, détaillé les études médicales au Québec et les cheminements pour obtenir un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec (CMQ) et exercer sa profession au Québec. Puis nous avons brossé un portrait de la profession de médecin au Québec et détaillé les besoins et la planification de la main-d'œuvre du MSSS. Enfin, nous avons fait un portrait des DHCEU arrivés au Québec entre 2008 et 2018 et expliqué les cheminements institutionnels possibles de reconnaissance de leurs compétences afin d'obtenir un permis d'exercice du CMQ et exercer leur profession.

La troisième partie du chapitre est divisée en trois sections. Nous avons détaillé les étapes et expliqué le rôle des acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU durant trois processus : immigration, reconnaissance des compétences et intégration professionnelle.

Les résultats montrent à quel point la structure de coordination des acteurs institutionnels est complexe et il nous semble pertinent d'en faire une synthèse que nous proposons dans la Figure 16.

Figure 16: Structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU



Nous y avons représenté les trois processus analysés – immigration, reconnaissance des compétences, intégration dans la profession – et les acteurs composant cette structure de coordination de reconnaissance des compétences des DHCEU.

D'abord, les acteurs sont représentés avec deux couleurs pour bien différencier les deux paliers gouvernementaux. Ainsi, les acteurs du Québec sont en bleu et les acteurs du Canada sont en rouge. Cette différenciation est importante pour bien illustrer le fait que, si la reconnaissance des compétences par les ordres professionnels est de compétence provinciale, pour les DHCEU elle fait aussi intervenir des acteurs de compétence fédérale dont les évaluations ont des impacts importants sur les cheminements des DHCEU. Le MSSS est identifié entre parenthèse car il intervient à plusieurs niveaux et dans les trois processus analysés avec un rôle différent à chaque fois. Nous le verrons plus en détails dans le chapitre 6 d'analyse et de discussion, le MSSS est à la fois régulateur, employeur et recruteur dans un marché du travail fermé dans le cas des DHCEU¹⁴⁷.

Ensuite, nos résultats nous ont permis de constater que la question de l'évaluation de la langue française est majeure dans le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU non francophones, et qu'elle peut mener à l'exclusion du processus, c'est pourquoi nous avons ajouté

¹⁴⁷ Voir Chapitre 6 - 3. Le rôle du MSSS dans les trois processus

dans la Figure 16 toutes les étapes d'évaluation du français dans chacun des trois processus analysés.

Par ailleurs, les outils d'évaluation des acteurs institutionnels sont encadrés en noir.

Également, la recherche nous a amenée à considérer, dans la structure de coordination des acteurs institutionnels, d'autres acteurs plus à la périphérie de la reconnaissance des compétences elle-même. Ces acteurs sont importants dans les trois processus. Ils ne sont pas des acteurs institutionnels mettant en œuvre des critères d'évaluation des compétences des DHCEU afin de réduire leurs incertitudes à ce sujet. Leur mandat est d'accompagner les DHCEU de différentes façons : soit en leur prodiguant les informations dont ils ont besoin pour les processus de reconnaissance des compétences, soit en fournissant un soutien financier, et ce, à différentes étapes des trois processus analysés. Certains de ces acteurs sont d'ailleurs financés par certains acteurs institutionnels comme le MIFI, le MTESS et les MSSS pour ce faire.

Enfin, les liens entre les acteurs sont représentés par des flèches fines indiquant le sens de la relation entre les acteurs, les flèches épaisses quant à elles indiquent le sens et la succession des épreuves que doivent traverser les DHCEU.

Ainsi, **durant le processus d'immigration**, le MIFI collabore avec les ordres professionnels, le MEES, le MEI, le MTESS et l'OPQ en leur présentant les grilles de sélection des travailleurs qualifiés à valider. Le MIFI se coordonne plus spécifiquement avec le MTESS pour établir les pointages et les pondérations des domaines de formation et des grilles de sélection. Le MTESS s'est, lui, préalablement coordonné avec le MSSS concernant les professions médicales en demande. Le MIFI établit de son côté le formulaire que doivent signer les DHCEU et exige un test de français pour le dossier d'immigration. Notons que le formulaire n'est pas connu des facultés de médecine, ce qui est surprenant puisque ce sont elles qui ont la responsabilité de la mise à niveau des DHCEU avant l'obtention du permis d'exercice dans un processus de demande de permis régulier.

Concernant l'évaluation du français, le MIFI demande les résultats de plusieurs tests opérés par deux organisations françaises : France éducation internationale et la Chambre de commerce et d'industrie de Paris Île-de-France¹⁴⁸.

¹⁴⁸ Pour le détail des tests, voir la liste disponible sur le site du gouvernement du Québec : <https://www.quebec.ca/immigration/programmes-immigration/programme-experience-quebecoise/conditions-selection/connaissance-francais>

Puis, **durant le processus de reconnaissance des compétences**, le Conseil médical du Canada (CMC) vérifie l'authenticité des diplômes. En parallèle, il opère les trois examens que doivent réussir les DHCEU : deux examens du CMC (le EECMC et le EACMC1) puis l'examen CNE élaboré par le CMQ et qui est devenu pancanadien. Une fois ces examens réussis et les diplômes antérieurs validés, le CMQ délivre aux DHCEU l'équivalence du diplôme MD, c'est-à-dire le diplôme qui donne accès à la résidence en médecine.

Ensuite, après l'obtention de l'équivalence du diplôme MD, les DHCEU appliquent au Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) qui regroupe les 17 facultés de médecine du Canada. Les quatre facultés de médecine du Québec (UdM, USH, UL et McGill) inscrivent auprès du CaRMS leurs critères de sélection pour pouvoir intégrer un programme de résidence, en fonction du nombre de places déterminées par le Décret du MSSS. Le BCI, lui, fait la liaison entre les DHCEU, le CaRMS et les facultés en s'assurant que les DHCEU reçoivent l'information nécessaire pour leur inscription au CaRMS et à l'application dans un programme de résidence. Une séance d'information est ainsi organisée pour les DHCEU avec la participation des quatre facultés de médecine québécoises, du CaRMS et du CMQ.

Enfin, une fois acceptés dans un programme de résidence d'une faculté de médecine québécoise, les DHCEU vont, comme les autres étudiants, passer les examens du Collège Royal (CR) et du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) qui sont des examens canadiens.

Si les DHCEU échouent au CaRMS, ils ont la possibilité de suivre, après avoir réussi un examen d'évaluation, le programme du CÉDIS (qui est financé par le MSSS). Le CÉDIS leur propose un stage de mise à niveau ou leur suggère une réorientation s'ils ne se qualifient pas selon les critères de l'organisme. Les DHCEU sont évalués lors du stage pratique et accompagnés dans la préparation aux entrevues (par l'organisme CREMCV). Lorsqu'ils tentent à nouveau la sélection du CaRMS, ils augmentent leurs chances d'être sélectionnés car les facultés de médecine du Québec considèrent la réussite de ce programme comme une garantie des compétences des DHCEU. Ce stage de 14 semaines est apprécié par les participants, notamment parce que cela les affranchit du critère d'exclusion d'éloignement de la pratique lors de l'étude de leur dossier.

Toutes les évaluations (les examens du CMC, du CR, du CFMC, du CÉDIS; les entrevues pour entrer en facultés) se basent sur les normes prescrites dans le référentiel de compétences CanMEDS, fruit d'une collaboration entre le Collège royal et le CMQ pour déterminer et évaluer les compétences attendues d'un médecin au Canada.

Par ailleurs, pour les DHCEU formés en France et qui bénéficient de l'ARM depuis 2010, le processus est plus simple. En effet, les Arrangements en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM) ont été négociés dans le cadre de l'Entente France-Québec

signée par les gouvernements français et québécois. Pour les médecins français, c'est le CMQ, le Conseil national de l'ordre des médecins de France (CNOMF) et le ministère de la Santé et des Sports qui ont établi les conditions de reconnaissance des compétences pour exercer au Québec. Pour obtenir le permis d'exercice délivré par le CMQ, ils doivent réussir un *stage d'adaptation à caractère évaluatif de 3 mois* financé par le MSSS qui ne peut les embaucher par la suite. À cette étape, et en fonction du statut migratoire du DHCEU, plusieurs acteurs se coordonnent (MIFI, IRCC, CMQ et MSSS) mais comme il ne s'agit pas d'évaluer les compétences des DHCEU, nous ne les avons pas mentionnés.

Enfin, **durant le processus d'intégration professionnelle**, ce sont les facultés de médecine du Québec qui procèdent à l'évaluation des compétences des DHCEU lors des processus de sélection et décident de mises à niveau si nécessaire. Ainsi, après cette sélection, les DHCEU doivent suivre un stage d'intégration pour faire une mise à niveau.

Une fois la résidence terminée, les examens du CR ou du CMFC et de l'OQLF réussis, la formation ALDO finalisée, le CMQ délivre le permis d'exercice et donne ainsi la légitimité professionnelle aux DHCEU qui sont ensuite recrutés dans les établissements de santé de la province, en fonction des plans régionaux d'effectifs médicaux décrétés par le MSSS. C'est la fin du parcours de reconnaissance des compétences professionnelles.

Ceux qui n'ont pas été exclus du processus de reconnaissance des compétences peuvent alors exercer leur profession de médecin au Québec.

Nous exposerons dans le Chapitre 6 – Analyse et discussion comment les résultats concernant les médecins nous permettent de répondre à la question de recherche et aux objectifs de la recherche. Avant cela, nous faisons état de nos résultats concernant les infirmières formées hors Québec (IDHQ) qui font l'objet du prochain chapitre.

Chapitre 5 – Résultats IDHQ

Ce cinquième chapitre consacré à la présentation des résultats de la recherche sur les IDHQ se décline en quatre parties.

Dans une première partie, nous commençons par décrire l'évolution de la profession d'infirmière au Québec alors qu'elle est passée de vocation à profession réglementée durant la deuxième moitié du XXe siècle. Nous faisons ce retour historique pour montrer l'origine des conventions sur les compétences nécessaires à l'exercice de la profession et les conditions de son exercice. Nous expliquons ensuite le parcours des candidates à la profession aujourd'hui, des études en soins infirmiers et en sciences infirmières jusqu'à l'obtention du permis d'exercice. Puis nous brossons un portrait de la profession d'infirmière au Québec, pour finir avec la gestion des besoins et la planification de la main-d'œuvre infirmière dans la province.

La deuxième partie du chapitre présente le portrait des IDHQ au Québec admises entre 2008 et 2018 et met en lumière les différents parcours pour l'obtention d'un permis d'exercice délivré par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ).

La troisième partie du chapitre est consacrée aux résultats de l'analyse obtenus à partir du cadre d'analyse théorique et à travers les trois processus présentés dans le chapitre théorique, soit le processus d'immigration, le processus d'évaluation et de reconnaissance des compétences et le processus d'intégration professionnelle. Nous exposons chaque étape par laquelle les IDHQ doivent passer pour faire reconnaître leurs compétences professionnelles, depuis la sélection par le MIFI, en passant par les épreuves de la reconnaissance des compétences professionnelles par les organes de régulation et les établissements d'enseignement, jusqu'à leur intégration professionnelle. Nous montrons également quels blocages elles rencontrent durant le processus qui mènent parfois à une exclusion du parcours, ainsi que les facteurs qui vont faciliter la réussite des étapes. Nous expliquons également comment les acteurs institutionnels présents à chaque étape se coordonnent durant le processus de reconnaissance des compétences des IDHQ. Finalement, nous concluons ce chapitre en dévoilant le schéma-synthèse de la structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des IDHQ que l'analyse nous a permis d'élaborer dans une quatrième et dernière partie.

1. La profession d'infirmière au Québec

La profession d'infirmière au Québec est, comme celle de médecin, une profession à exercice exclusif, c'est à dire que seules les membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) peuvent porter le titre et exercer les activités qui leur sont réservées par la Loi. Pour exercer

à titre d'infirmière, il faut donc répondre aux critères définis par l'OIIQ en termes de formation et de diplôme pour se voir délivrer le permis d'exercice. Nous rappelons que la profession d'infirmière est catégorisée au Canada selon la CNP 3012 Infirmiers autorisés/infirmières autorisées et infirmiers psychiatriques autorisés/infirmières psychiatrique autorisées¹⁴⁹.

Cette première partie est divisée en quatre sections. La première section est consacrée à l'historique de la profession au Québec.

Dans cette première partie consacrée à la profession d'infirmière au Québec, nous expliquons dans une première section, à travers son historique, comment a évolué le contrôle de la pratique et de la formation d'infirmière au Québec par les communautés religieuses d'abord, puis par l'instance qui deviendra l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, pour finir avec l'encadrement légal et réglementaire depuis 1973. La profession ayant été exercée uniquement par des femmes jusqu'à la fin des années 1960, nous profitons de l'historique pour mentionner comment s'est déroulée l'entrée des hommes dans la profession dans la province. Dans une deuxième section, nous décrivons ensuite les étapes de la formation en soins infirmiers dispensée au cégep et la formation universitaire en sciences infirmières jusqu'à l'obtention du permis d'exercice délivré par l'OIIQ. Dans une troisième section, nous brossons un rapide portrait de la profession d'infirmières au Québec pour finir, dans une quatrième et dernière section, en décrivant les besoins et la planification de la main-d'œuvre infirmière au Québec en traitant spécifiquement de la profession d'infirmière.

1.1. Historique

La profession d'infirmière trouve son origine dans la vocation et le don de soi, valeurs intrinsèques portées par les communautés religieuses qui ont formé les premières infirmières (Cohen, 2002). Profession exclusivement réservée aux femmes jusqu'en 1969¹⁵⁰, la formation était dispensée dans les écoles d'hôpitaux dirigées par les religieuses. Candidates à la profession, religieuses ou laïques devaient faire la preuve de leur irréprochabilité morale et de leur dévouement. Elle recevaient dans ces écoles d'hôpitaux leur formation en pratiquant « la science du cœur » (Persillier Benoit, 1895 cité dans Durand (2012)) et y apprenaient la « culture du travail infirmier », c'est-à-dire un « ensemble de connaissances et un ensemble d'activités soumises à des normes spécifiques et à des modèles de comportements propres à un groupe » (Daigle et al., 1991, p. 68).

¹⁴⁹ Nous utilisons dans ce document le terme générique d'infirmière.

¹⁵⁰ Modification de la loi pour permettre aux hommes d'intégrer la profession. On ajoute infirmiers à la dénomination l'Associations des infirmières de la province du Québec (AIPQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, historique. <http://www.oiiq.org/lordre/qui-sommes-nous/historique>

Dès le début du XXe siècle, certaines infirmières ont pu bénéficier d'une formation complémentaire offerte par les médecins des hôpitaux contribuant ainsi à compléter leur formation par un contenu scientifique (Cohen, 2002; Daigle et al., 1991; Petitat, 1989).

En 1920, une loi crée l'Association des garde-malades enregistrées de la Province de Québec¹⁵¹. Le titre de *garde-malade enregistrée* est dès lors réservé aux seules membres de l'Association. La profession commence à s'organiser et, à partir de 1925, il faut passer un examen d'admission pour pouvoir porter le titre (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017b).

C'est au lendemain de la Seconde Guerre mondiale que l'exercice exclusif de la profession devient légalement réservé uniquement aux infirmières accréditées par l'Association qui rend l'adhésion obligatoire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017b).

À la fin des années 1960¹⁵², les hôpitaux et les services de santé du Québec, jusque-là sous la responsabilité des communautés religieuses, passent aux mains de l'État québécois (Cohen, 2002; Petitat, 1989). Le métier d'infirmière se professionnalise de plus en plus, la formation devient plus importante et plus structurée ; de bénévoles dévouées, les infirmières deviennent des professionnelles salariées (Cohen, 2002; Petitat, 1989), avec pour principal employeur le gouvernement du Québec (Dussault, 1978b).

Durant les années 1970, la laïcisation et l'intervention de l'État dans l'Éducation et la Santé expliquent, au moins en partie, l'intégration de la profession comme une discipline universitaire, par la création de la première faculté de sciences infirmières au Québec (Cohen, 2002). Une compétition s'engage alors entre les cégeps et les universités, les deux types d'établissements d'enseignement formant tous les deux des infirmières qui ont le titre exclusif (Cohen, 2002). En 1967, les écoles d'infirmières des hôpitaux sont intégrées au réseau public d'enseignement, les Collèges d'enseignement général et professionnel (cégep). La formation offerte précédemment dans les écoles d'hôpitaux sera dispensée dans les cégeps alors que la formation de gestionnaires et de cliniciennes le sera plutôt dans les universités.

Il est important de noter que la profession d'infirmière est la seule au Québec autorisant la délivrance d'un titre d'exercice exclusif par l'ordre professionnel à des diplômées du collégial et de l'université (Cohen, 2002). Cependant, les rôles et responsabilités ne sont pas les mêmes. Un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers permet d'exercer à titre d'infirmière en

¹⁵¹ Cet organisme changera plusieurs fois de nom pour devenir en 1973 l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

¹⁵² Les années 1960, appelées Révolution tranquille, sont marquées par des réformes économiques et sociales importantes au Québec, notamment en matière de santé et d'éducation, l'État prenant le contrôle que l'Église exerçait dans ces domaines.

soins généraux (infirmière technicienne) alors qu'un baccalauréat en sciences infirmières permet d'exercer à titre d'infirmière clinicienne en soins généraux ou de conseillère en soins infirmiers¹⁵³.

Si les infirmières dans les autres pays et provinces canadiennes sont de plus en plus nombreuses à être des diplômées universitaires, celles qui exercent au Québec ont encore majoritairement un DEC. En effet, selon le rapport de l'ICIS sur les infirmières réglementées au Canada, les infirmières possédant un baccalauréat en 2018 sont 39% au Québec alors que la moyenne canadienne est de 54,7% (Institut canadien d'information sur la santé, 2020).

La profession devient réglementée à la suite de la promulgation de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1971 et de la mise en œuvre du *Code des professions* en 1973 qui établissent le champ d'exercice exclusif des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. L'OIIQ, créé la même année, a maintenant pour fonction principale d'assurer la protection du public en contrôlant l'exercice de la profession par ses membres. En 1976, l'OIIQ adopte le Code de déontologie des infirmières et infirmiers (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017b).

Afin de rendre la formation des infirmières plus pratique, un programme d'externat est créé en 2000 et un nouvel examen d'admission est instauré (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017b). De plus, pour encourager les étudiantes à continuer leurs études au baccalauréat en sciences infirmières, un programme DEC-BAC offrant une formation en cinq ans au lieu de six (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017b) est créé en 2002.

En 2003, la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*, communément appelée *Loi 90*, est accueillie très favorablement par les infirmières. En effet, la loi modernise le système professionnel et surtout, départage les champs d'exercice de plusieurs professionnels de la santé, notamment des médecins et des infirmières. Ces dernières se voient autorisées « à exercer certaines activités médicales » (Québec, 2002, p. 2) et considèrent ainsi que leurs compétences sont reconnues, tout comme « leur expertise et leur rôle central en matière de soins de santé. Elles ne sont plus limitées par une liste d'actes médicaux délégués et développeront leur pratique » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003, p. 2). Cette concertation entre l'OIIQ et le CMQ donne lieu à la création d'un nouveau rôle pour les infirmières, celui d'infirmière praticienne spécialisée, encadré par un règlement balisant les programmes de formation et la pratique (Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec, 2019).

Aujourd'hui, la pratique infirmière est encadrée par le *Code des professions*, la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, la *Loi médicale*, la *Loi sur la pharmacie* et plusieurs règlements¹⁵⁴ qui

¹⁵³ Pour plus de détails sur le sujet, voir la section Admission à la profession sur le site de l'OIIQ.
<http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession>

complètent ces lois. La *Loi sur les infirmières et les infirmiers* permet d'établir la liste des activités réservées aux membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec¹⁵⁵.

Au 31 mars 2021, sur les 411 535 professionnels inscrits dans l'un des 46 ordres professionnels de la province, l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) compte le plus grand nombre de membres, soit 80 491 membres¹⁵⁶.

1.2. Études en sciences infirmières et permis d'exercice

Comme nous l'avons mentionné précédemment, au Québec, un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers ou un baccalauréat en sciences infirmières permettent d'exercer la profession d'infirmière.

Le DEC est un programme de trois ans qui conduit à la profession **d'infirmière technicienne**. Il est possible ensuite de continuer à l'université et d'obtenir un baccalauréat en sciences infirmières en deux ans pour exercer comme **infirmière clinicienne** ou infirmière conseillère en soins infirmiers. Au Québec, 46 cégeps¹⁵⁷ offrent la formation collégiale et neuf universités offrent le baccalauréat en science infirmières¹⁵⁸.

Les infirmières reçoivent au minimum 2800 heures de formation¹⁵⁹ en soins infirmiers dans des domaines médicaux variés : médecine, chirurgie, santé mentale, psychiatrie, périnatalité, etc., complétés par l'étude de sciences biologiques et humaines. Le tiers de cette formation consiste en des stages cliniques. Dès leur inscription, les étudiantes doivent demander un **certificat d'immatriculation** à l'OIIQ afin de pouvoir suivre leurs stages durant toute leur scolarité.

Le parcours collégial ou universitaire d'une future infirmière est composé de plusieurs étapes théoriques, pratiques et administratives¹⁶⁰ que nous avons schématisé dans la Figure 17.

¹⁵⁴ OIIQ. Pratique professionnelle. Encadrement de la pratique. Lois et règlements. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/lois-et-reglements>

¹⁵⁵ OIIQ, Liste des activités réservées aux membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Ordres_professionnels/infirmiere.pdf

¹⁵⁶ OPQ, Nombre de membres selon le sexe par ordre professionnel au 31 mars 2022, https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Statistiques/2020-2021/Membres_selon_genre_2021-03-31.pdf

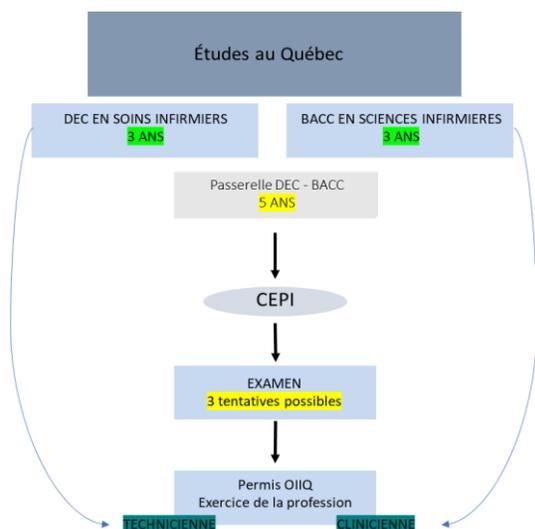
¹⁵⁷ OIIQ, <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/choisir-sa-formation>

¹⁵⁸ l'Université Laval, l'Université de Montréal, l'Université McGill, l'Université du Québec à Chicoutimi, l'Université du Québec à Rimouski, l'Université du Québec à Trois-Rivières, l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, l'Université du Québec en Outaouais et l'Université de Sherbrooke

¹⁵⁹ [Inf. de poche. https://infdepoche.com/comment-devenir-infirmiere-quebec/](https://infdepoche.com/comment-devenir-infirmiere-quebec/)

¹⁶⁰ Pour avoir plus d'information sur le parcours étudiant d'une future infirmière, voir sur le site de l'OIIQ : <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/parcours-etudiant>.

Figure 17: Cheminement des études pour devenir infirmière au Québec



Lors de leur inscription aux études, les étudiantes doivent demander un **certificat d’immatriculation** délivré par l’OIIQ. Les cours sont dispensés au cégep ou à l’université.

Après la deuxième année du DEC ou après avoir obtenu 60 crédits au BAC¹⁶¹, les étudiantes réalisent leur **externat** en soins infirmiers dans un établissement public ou privé conventionné¹⁶² (Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, Centre d’hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique). Elles suivent un programme d’intégration sous supervision et sont soumises au *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers et dans le respect du code de déontologie des infirmières*¹⁶³.

Au début de leur dernière session d’études, les étudiantes doivent demander l’*Attestation d’exercice à titre de candidat à l’exercice de la profession d’infirmière* (AECEPI). Une fois leurs études terminées, les diplômées doivent faire une demande auprès de l’OIIQ pour devenir **Candidate à l’exercice de la profession infirmière (CEPI)**, l’établissement d’enseignement doit se charger d’envoyer un bulletin attestant de la fin des études.

La candidate finit ses études comme CEPI dans un établissement public. Là encore, elle bénéficie d’un programme d’intégration et d’une supervision.

¹⁶¹ Sauf à l’Université de Montréal, c’est 34 crédits <https://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/parcours-infirmier/etape-2-externat>

¹⁶² « Au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris ». <http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/parcours-etudiant/etape-2-externat>.

¹⁶³ Publications du Québec : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%202/>

Pour pouvoir obtenir le **permis d'exercice**, l'étudiante doit passer et réussir l'**examen** d'admission à la profession (aspects théoriques et cliniques de l'exercice infirmier). Elle a droit à trois tentatives. L'évaluation par les superviseurs lors de l'externat, pendant la période où elles sont CEPI et lors de l'examen d'admission à la profession est basée sur le référentiel des compétences de l'infirmière Mosaïque élaboré par l'OIIQ. Suite à la comparaison des différents référentiels de compétences utilisés au Canada, dans la foulée de l'Accord sur le commerce extérieur pour la mobilité de la main-d'œuvre infirmière au Canada, l'OIIQ a « adopté le concept de la mosaïque des compétence cliniques de l'infirmière afin de définir son référentiel de compétences initiales » qui se traduit par « un modèle permettant de définir des compétences qui, en interagissant les unes avec les autres, cernent le champ de la compétence professionnelle de l'infirmière, tant pour l'admission à la profession que pour la spécialisation dans un domaine clinique » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009a, p. 7). Ainsi, lors de la supervision, mais surtout lors de l'examen, la candidate est évaluée sur les compétences initiales attendues dans des mises en situations cliniques courantes. La mosaïque comporte trois composantes – fonctionnelle, contextuelle et professionnelle – qui déterminent l'aptitude à exercer.

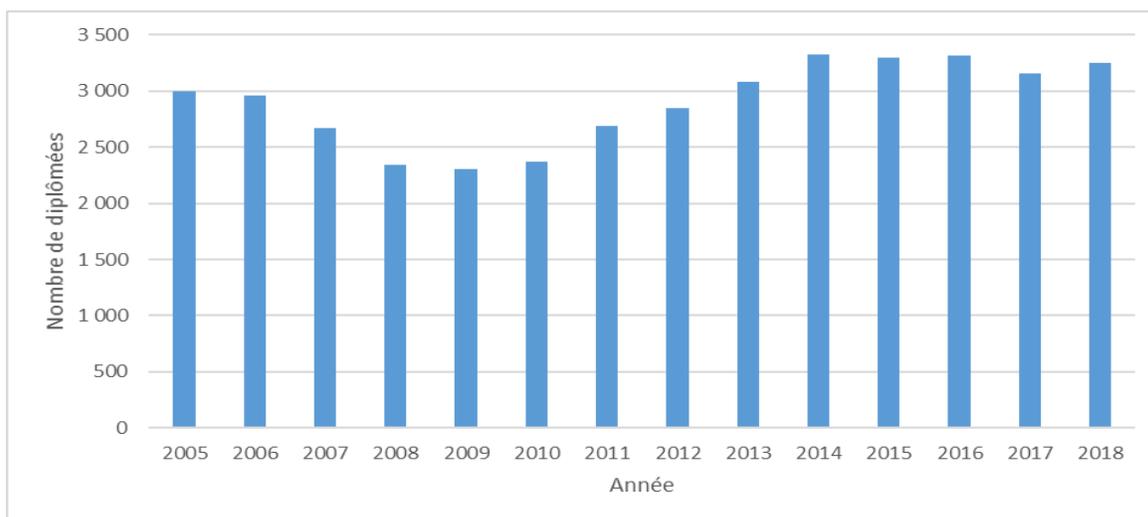
Enfin, pour obtenir son permis d'exercice de l'OIIQ, une infirmière doit transmettre à son ordre la preuve de réussite de son examen et de sa connaissance du français puis s'inscrire au Tableau de l'OIIQ. Ce dernier procède à la vérification du dossier disciplinaire, criminel ou pénal et délivre le permis.

Les infirmières peuvent exercer partout au Québec dans les établissements du réseau de la santé (CIUSSS ou CISSS), dans des cliniques médicales, dans des groupes de médecine familiale (GMF), dans des établissements d'enseignement, pour des agences privées, dans l'armée ou encore dans des pharmacies.

1.3. Portrait de la profession

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le nombre de nouvelles infirmières diplômées admises dans la profession au Québec est passé de 2 344 à 3 251 entre 2008 et 2018, soit une augmentation de 38,69% en 10 ans. Cependant, la Figure 18 montre que le nombre de nouvelles diplômées a connu une baisse relativement importante entre 2007 et 2009, mais, depuis 2009, ce nombre augmente régulièrement. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009b), ce phénomène est la conséquence de la baisse des admissions dans les années 2004 et 2005, une baisse ayant des raisons purement démographiques. En 2013, le nombre de nouvelles diplômées avait retrouvé son niveau de 2005.

Figure 18: Nombre de nouvelles diplômées des programmes d'admission à la profession d'infirmière au Québec, 2005 à 2018



Source : Extraction des Tableau 1 Nombre de diplômés des programmes d'admission à la profession d'IA ou d'IP, par province et territoire, Canada, 2005 à 2014 (Institut canadien d'information sur la santé, 2016) et Extrait du Tableau 4 Effectif et main-d'œuvre du personnel infirmier réglementé, selon la profession et la province ou le territoire, Canada, 2009 à 2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020)

Entre 2009 et 2018, la proportion d'infirmières possédant un diplôme collégial par rapport aux bachelières a grandement diminué au Canada, passant de 60,1% à 39,7% (voir Tableau 50). La profession est réglementée dans chacun des territoires et chacune des provinces du Canada, l'organe de régulation contrôlant et décidant des critères d'admission. Cependant, comme nous pouvons le constater dans le Tableau 50, le Québec est la seule province où le pourcentage d'infirmières possédant un diplôme collégial reste plus important que celui des infirmières bachelières. Le Québec, avec ses 39% de bachelières, se situe largement en-dessous de la moyenne canadienne (54,7%), alors que ce pourcentage se situe entre 54,2% (Ontario) et 73% (Yukon) dans les autres provinces et territoires.

Tableau 50: Effectif des infirmières selon le plus haut niveau d'études atteint en soins infirmiers, par province et territoire, Canada, 2009 à 2018

Niveau d'études	Année	T.-N.-L.	I.-P.-E.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	AL.	C.-B.	YN	T.N.-O.	CAN.
		%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Diplôme	2009	59,2	70,6	56,7	48,9	67,9	62,7	59,3	61,9	50,5	48,2	42,9	54,0	60,1
	2018	32,8	30,6	31,8	29,8	56,9	37,3	36,9	26,6	30,2	33,4	21,2	36,1	39,7
Baccalauréat	2009	37,9	29,3	39,8	48,4	29,3	33,9	38,2	35,7	46,1	48,1	54,7	41,7	36,7
	2018	61,3	63,8	62,7	65,6	39,0	54,2	59,1	68,1	66,4	63,4	73,0	56,3	54,7

Source : Extrait du Tableau 4 Effectif et main-d'œuvre du personnel infirmier réglementé, selon la profession et la province ou le territoire, Canada, 2009 à 2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020)

L'augmentation du nombre de bachelières en sciences infirmières est un enjeu important pour la province notamment parce que la question du niveau de diplomation et de la formation des infirmières est une préoccupation pour l'OIIQ depuis plusieurs années car « le baccalauréat en sciences infirmières est le niveau de formation qui prépare les infirmières à exercer en première ligne et dans la communauté, de même qu'en soins critiques. Il permet également d'entreprendre les études de deuxième cycle requises pour obtenir la certification d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) »¹⁶⁴. En 2012, l'OIIQ a rédigé un mémoire « La relève infirmière du Québec : une profession, une formation » dans lequel l'Ordre demandait au gouvernement du Québec « de modifier le *Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels* (C-26, r.2) afin d'établir une nouvelle norme d'entrée à la profession infirmière, soit le DEC-BAC complété ou le baccalauréat en sciences infirmières. » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012, p. 3) En réponse à cette demande, le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque a mis sur pied un groupe de travail interministériel présidé par Pierre Durand. Les différentes parties prenantes¹⁶⁵ composant ce groupe de travail qui devait présenter des recommandations au Ministre « sur la formation nécessaire à la relève infirmière pour accéder à la profession infirmière », n'ont pas trouvé de « vision commune » (Durand, 2013, p. 1-2). Les participants n'ont pas réussi à se rallier à la proposition de l'OIIQ qui consistait à rehausser l'exigence de formation d'infirmière au baccalauréat, même si son président abondait en ce sens. Une partie des participants appuyait la proposition de l'OIIQ qui aurait abouti à deux permis pour deux niveaux de formation et donc deux professions avec des actes liés à ce niveau de spécialisation. L'autre partie privilégiait le statu quo, c'est-à-dire un permis pour deux niveaux de formation. Les infirmières diplômées du Québec peuvent donc toujours recevoir le même permis d'exercice mais ont des niveaux de responsabilités différents selon qu'elles ont un DEC (infirmière technicienne) ou un bac (infirmière clinicienne). En 2020, le débat était relancé par le président de l'OIIQ, Luc Mathieu, qui estime que « les nouvelles exigences du travail, le vieillissement de la population et le fait que celle-ci soit aux

¹⁶⁴ OIIQ. 31 décembre 2015. Communiqué de presse. <http://www.oiiq.org/salle-de-presse/communiqués/une-deuxieme-annee-record-pour-la-profession-infirmiere-3372-nouvelles-i>

¹⁶⁵ Le groupe de travail était composé d'un représentant de : l'association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ), la Fédération de la santé du Québec affiliée à la Centrale des syndicats du Québec (FSQ-CSQ), la Fédération de la santé et des services sociaux affiliée à la Confédération des syndicats nationaux (FSSS-CSN), la Fédération des cégeps, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQO), le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie (MESRST), le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Office des professions du Québec (OPQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Secrétariat du Trésor (SCT). Durand, P. (2013). *Rapport du président du groupe de travail sur la formation de la relève infirmière*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000204/?&date=ASC>.

prises avec de multiples maladies chroniques, l'organisation des soins basée sur une approche multidisciplinaire, la nécessité d'offrir des soins à domicile tant pour des problèmes de santé physique ou mentale, et le recours à l'intelligence artificielle nécessitent une formation plus poussée et complète¹⁶⁶. » Les actions prioritaires à la suite des États généraux de 2021 actent d'ailleurs ce point de vue. Dans le Thème 3 : formation initiale et développement professionnel, il est stipulé que la norme d'accès à la profession, c'est de « faire du baccalauréat le diplôme donnant accès au permis de pratique comme infirmière ou infirmier.¹⁶⁷ »

Il est important de mentionner ces discussions et débats car cela pourrait entraîner des conséquences sur la reconnaissance des compétences des IDHQ, comme nous l'expliquons plus loin¹⁶⁸.

La profession attire toujours et le nombre d'infirmières au Canada augmente régulièrement. Il est passé de 284 690 en 2009 à 303 146 en 2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020), soit une augmentation de 6,48%. S'agissant du Québec, la progression de l'effectif des infirmières au Québec augmente également dans les mêmes proportions. Il a augmenté de 6,42% en 10 ans, passant de 67 644 infirmières en activité en 2009 à 71 988 en 2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020).

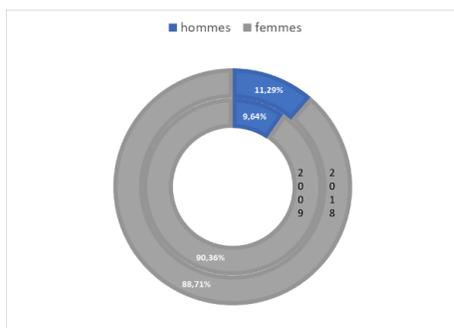
Profession majoritairement féminine, le Québec est deuxième au Canada après les Territoires du Nord-Ouest (11,68% en 2018) pour le pourcentage des hommes dans la profession qui est passé, comme on peut le voir dans la Figure 19, de 9,64% en 2009 à 10,29% en 2018 pour une moyenne de 8,28% au Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2020).

¹⁶⁶ Breton, B. (2020) Le Soleil. Formation des infirmières : c'est reparti. <https://www.lesoleil.com/chroniques/brigitte-breton/formation-des-infirmieres-cest-reparti-24c258bb59f8288d03f3675ffd3b5c1b>

¹⁶⁷ OIIQ. Les États généraux de la profession infirmière : actions prioritaires. <https://www.oiiq.org/evenements/etats-generaux-2021/actions-priorisees>

¹⁶⁸ Voir Chapitre 6 – Analyse et discussion - 1.2.2 Les épreuves du processus de reconnaissance des compétences des IDHQ

Figure 19: Répartition des infirmières selon le sexe, 2009-2018

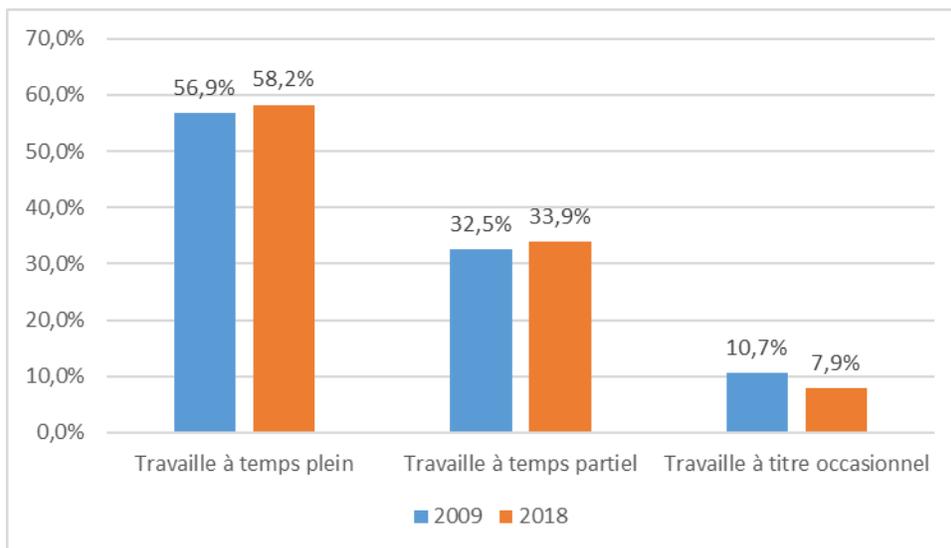


Source : Extrait du Tableau 4 Effectif et main-d'œuvre du personnel infirmier réglementé, selon la profession et la province ou le territoire, Canada, 2009 à 2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020).

L'âge moyen des infirmières exerçant la profession, en baisse depuis 2002, est de 41,5 ans en 2018, alors qu'il a atteint un pic à 43 ans en 2010 et 2011 (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2020).

Ces dix dernières années, la situation d'emploi des infirmières n'a pas beaucoup changé comme on peut le constater Figure 20. Elles étaient 56,9% à travailler à temps plein en 2009, elles sont 58,2% en 2018 et tiers travaillent à temps partiel. La hausse du nombre d'infirmières travaillant à temps plein correspond à la baisse du nombre de celles qui sont occasionnelles.

Figure 20: Situation d'emploi des infirmières au Québec, 2009 à 2018



Source : Extrait du Tableau 4 Effectif et main-d'œuvre du personnel infirmier réglementé, selon la profession et la province ou le territoire, Canada, 2009 à 2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020)

S'agissant des secteurs d'emploi où l'on retrouve les infirmières au Québec, le rapport statistique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2019) révèle qu'en 2018, 86,1% d'entre elles travaillent dans le secteur public (dont 84,8% dans la Réseau de la santé et des services sociaux), 8,5% sont actives dans le secteur privé (agences de placement, cliniques, résidences privées pour personnes âgées, etc.), 3,7% exercent leur profession dans l'éducation et 1,7% dans le secteur communautaire.

1.4. Profession infirmière au Québec : besoins et planification de la main-d'œuvre

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2019) indique que 95% des infirmières inscrites à l'Ordre au Québec sont employées dans le domaine des soins infirmiers, ce qui témoigne d'un très bon taux de placement.

Deux acteurs institutionnels majeurs interviennent au Québec dans l'établissement des besoins de main-d'œuvre infirmière et dans le recrutement des infirmières au Québec : le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS). Le premier établit chaque année les besoins de main-d'œuvre, ce travail étant réalisé par les établissements de santé. Le second brosse tous les ans un portrait du marché du travail. Jusqu'en 2018, les données étaient publiées sur l'Information sur le marché du travail (IMT) pour toute la province et informait sur les perspectives d'emploi dans la profession.

Lors de notre rencontre avec le MTESS, nous avons appris que les publications seraient dorénavant préparées par région, pour mieux refléter les spécificités de chacune. Ainsi, le MTESS publie depuis 2019 un *État d'équilibre du marché du travail* et réalise un *Diagnostic pour 500 professions*. Ce diagnostic est notamment utilisé par le MIFI pour « établir le pointage des domaines de formation » (Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Emploi-Québec, 2021, p. 12) dans le processus de sélection des immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés. Ce diagnostic « repose sur un modèle économétrique » ainsi que nous l'a expliqué la personne rencontrée au MTESS.

Depuis 2019, pour chacune des professions, le MTESS formule les diagnostics suivants. Les professions sont :

- En **déficit** de main-d'œuvre disponible et offrent d'excellentes perspectives d'emploi ;
- En **équilibre** de main-d'œuvre disponible et offrent de bonnes perspectives d'emploi ;
- En **surplus** ou en **léger surplus** de main-d'œuvre disponible et offrent des perspectives d'emploi limitées.

Si l'on s'attarde à la profession d'infirmière (CNP3012), on constate que dans l'édition 2018 de *l'État d'équilibre du marché du travail - Diagnostic pour 500 professions* (Ministère du Travail de

l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2019), 13 régions prévoyaient un déficit de main-d'œuvre pour 2021 alors que quatre régions prévoyaient un équilibre. Dans le diagnostic de 2019 (Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Emploi-Québec, 2021), 15 régions prévoyaient un déficit d'infirmières pour 2023 et 2 un léger déficit et une seule un équilibre. Dans le dernier exercice paru en 2021 qui est une mise à jour, 16 régions prévoyaient un déficit. On constate avec ces chiffres que la profession d'infirmière est en déficit quasiment dans toute la province et, si les perspectives d'emploi sont excellentes, on manque d'infirmières au Québec. Même si le nombre d'infirmières diplômées augmente chaque année comme nous l'avons vu sur la Figure 18, cela ne suffit pas à combler les besoins des établissements de santé. Les conditions de travail, entre autres, et notamment le recours au travail supplémentaire obligatoire (TSO) sont pointées du doigt par les infirmières et les syndicats¹⁶⁹. La pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021 a accéléré le départ de plusieurs infirmières¹⁷⁰ et donc accru la pénurie.

Cela explique que le gouvernement ait décidé depuis plusieurs années d'aller faire du recrutement à l'international pour combler les besoins de main-d'œuvre infirmière dans le secteur public. Depuis 2008, RSQ a recruté plus de 2 100 IDHQ à l'international, essentiellement en France (Tableau 51).

Tableau 51: Nombre d'IDHQ recrutées par RSQ depuis 2008, par pays de recrutement

Pays d'origine	Nb d'IDHQ	%
Grande Bretagne	1	0,05
Polynésie française	1	0,05
Espagne	3	0,14
Italie	4	0,19
Liban	11	0,52
Inconnu	15	0,71
Brésil	20	0,95
Belgique	45	2,14
France	2006	95,25
Total	2106	100,00

Source : RSQ. Compilation réalisée à la demande de l'auteure. Août 2021

Le MSSS, grâce à Recrutement Santé Québec (RSQ), se déplace à l'étranger, notamment en France, pour aller directement recruter les infirmières dont les établissements ont besoin, mandaté et ou

¹⁶⁹ 16 septembre 2020. Le Québec compte de plus en plus d'infirmières, mais la pénurie résiste. Des centaines de nouveaux diplômés sont attendus en renfort dès cet automne dans le réseau de la santé. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1734103/quebec-infirmieres-soins-penurie-mathieu-bedard-cepi-examen-oiiq-fig>

¹⁷⁰ Boily, D. et D. Gentile. Des centaines d'infirmières quittent le métier. 15 septembre 2020. Radio-Canada. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1734070/departs-infirmieres-augmentation-quebec>

accompagné par les établissements. RSQ est un service du MSSS qui est chargé du recrutement de professionnels de la santé formés à l'étranger, notamment des infirmières et des médecins. Chaque année, lorsque les établissements de santé procèdent à l'exercice de planification de la main-d'œuvre, RSQ leur fait parvenir une demande de mandat afin « d'identifier s'ils ont des besoins et à quel niveau. Puis là à ce moment-là, [RSQ] va les accompagner » en leur demandant « [p]ourquoi, à quel endroit, pourquoi [ils] v[eulent] recruter? » (MSSS)

Comme on peut le constater dans le Tableau 52, les établissements qui recrutent des IDHQ par l'intermédiaire de RSQ se trouvent principalement à Montréal et en Montérégie.

Tableau 52: Régions de destination des IDHQ recrutées par RSQ

Région administrative du Québec	Nombre d'IDHQ	%	Diagnostic MTESS
Baie-James	6	0,28%	
Saguenay	9	0,43%	léger déficit
Bas-St-Laurent	10	0,47%	déficit
Gaspésie	10	0,47%	déficit
Lanaudière	20	0,95%	déficit
Chaudière-Appalaches	27	1,28%	déficit
Côte-Nord	30	1,42%	déficit
Maurice et Centre du Québec	31	1,47%	déficit
Inconnu	46	2,18%	déficit
Laval	50	2,37%	déficit
Abitibi-Témiscamingue	53	2,52%	léger déficit
Estrie	91	4,32%	déficit
Outaouais	107	5,08%	déficit
Capitale-Nationale	127	6,03%	déficit
Montérégie	255	12,11%	déficit
Montréal	1234	58,59%	déficit
Total	2106	100%	

Source : RSQ. Compilation réalisée à la demande de l'auteure. Août 2021

Nos répondantes françaises qui sont venues au Québec ont toutes les quatre eu affaire à RSQ. Léa, Camille, Chloé et Manon ont participé au Salon Infirmier lors des Journées Québec qui sont organisées en automne chaque année à Paris¹⁷¹. Manon avait rencontré RSQ l'été précédent au Salon Infirmier à Montréal lors d'un voyage de préparation de son projet migratoire au Québec. Elles ont eu des entrevues et une offre d'emploi de quatre établissements (trois à Montréal, un à Sherbrooke). Ce sont quatre expériences très différentes. Léa et Manon sont venues au Québec

¹⁷¹ « Les Journées Québec, organisées par le gouvernement du Québec et ses partenaires Montréal International, Québec International et la Société de développement économique de Drummondville, représentent une occasion unique pour les travailleuses et travailleurs étrangers qui désirent obtenir un emploi au Québec. Des emplois sont offerts dans de nombreuses régions du Québec et chacune d'elles offre un cadre de vie permettant de concilier les aspirations personnelles, familiales et professionnelles. » <https://journeesquebec.gouv.qc.ca/>

comme résidentes permanentes, Chloé a obtenu un permis de travail temporaire lié à son contrat avec son employeur, Camille avait un permis vacances-travail (PVT) en arrivant au Québec.

Nous avons expliqué dans le chapitre sur les DHCEU qu'Emploi-Québec établit, chaque année et en collaboration avec le MIFI, la liste des professions admissibles au traitement simplifié, en fonction du nombre d'emplois en demande et du taux de chômage dans la province. Le MSSS nous a expliqué comment RSQ procède :

Nous, c'est sûr que quand on fait nos planifications de main-d'œuvre, on l'envoie à l'ensemble des ministères concernés. Je sais aussi que cette liste-là est vraiment faite en commun accord entre Emploi Québec, le MIDI et Services Canada. Donc il y a des négociations qui sont à l'intérieur de ça. C'est beaucoup plus eux qui gèrent cette liste-là. Nous, on va proposer ou on va faire parvenir nos statistiques par rapport à ça. (MSSS)

La profession d'infirmière (CNP 3012) fait partie de cette liste¹⁷². Sa présence surprend au même titre que celle des médecins puisque les démarches pour faire reconnaître ses diplômes et ses compétences, trouver et réaliser un stage avant de pouvoir obtenir un permis d'exercice peuvent être longues pour celles qui ne bénéficient pas de l'ARM comme nous le verrons dans la section suivante concernant le processus de reconnaissance des IDHQ. La présence de la profession d'infirmière sur la liste de traitement simplifié implique pour l'employeur des démarches d'immigration plus rapides au niveau provincial, mais pas au niveau fédéral. Également, cela suppose qu'il n'est pas nécessaire de faire une EIMT. Cependant, les avocats et la consultante en immigration rencontrés nous ont parlé d'EIMT à compléter par les employeurs et Chloé nous a également partagé que la délivrance de son permis de travail temporaire par le fédéral avait été refusé parce que son employeur n'avait pas fait d'EIMT, ce qu'il a dû faire en urgence pour que le permis soit finalement approuvé quatre mois plus tard. Il semblerait donc qu'il y ait un problème de coordination entre les acteurs à cette étape-là.

Dans cette première partie, nous avons exposé que la profession d'infirmière au Québec a pour fondement la vocation et le don de soi, les valeurs portées par les communautés religieuses catholiques présentes dans la province. La formation des infirmières était du ressort des religieuses et se faisait dans les écoles des hôpitaux. Parfois, à partir du début du XXe siècle, certaines recevaient une formation complémentaire par des médecins. La formation des infirmières se structure durant la Révolution tranquille avec la création des cégeps puis la création de la première faculté de sciences infirmières. Les infirmières ne sont plus des bénévoles dévouées. Elles

¹⁷² <https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/employeurs/embaucher-temporaire/recrutement-haut-salaire/liste-professions/index.html>

deviennent des professionnelles employées pour la majorité par l'État. La profession se structure, les infirmières doivent passer un examen pour faire partie de ce qui deviendra l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et l'exercice de la profession devient légalement réservé après la Seconde guerre mondiale. Profession exclusivement féminine jusqu'à la fin des années 1960, elle devient réglementée et son champ d'exercice exclusif encadré par le Code des professions en 1973. Pour obtenir un permis d'exercice de la profession d'infirmière, deux voies existent aujourd'hui sanctionnées par un examen : une formation de trois ans au cégep en soins infirmiers qui mène au statut d'infirmière en soins infirmiers (technicienne) et une formation universitaire de trois ans en sciences infirmières qui donne le statut d'infirmière clinicienne. Ce sont deux statuts différents pour un même permis d'exercice.

Au Québec, le nombre de diplômées admises dans la profession augmente régulièrement de plus ou moins 3000 par an et l'OIIQ compte en 2021 plus de 80 000 membres. Le Québec se distingue par un taux de bacheliers moins important que celui des diplômées du collégial par rapport au Canada qui compte en moyenne 54,7% de bacheliers alors qu'il n'y en a que 39% au Québec. L'admission dans la profession grâce au deux niveaux scolaires (DEC et BAC) est un enjeu important dans la province et ce depuis plusieurs années. Le débat a été relancé en 2012 quand l'OIIQ a demandé au gouvernement québécois de modifier le règlement établissant la norme d'entrée dans la profession afin de favoriser le niveau bac. Presque 10 ans plus tard, le débat est toujours en cours, la question n'ayant jamais été tranchée. L'OIIQ demandait lors de ses États généraux de 2021 que le baccalauréat soit le seul diplôme donnant accès au permis d'exercice de la profession d'infirmière. Ce que les cégeps rejettent en bloc.

Même si de plus en plus de finissantes arrivent sur le marché du travail, cela ne suffit pas pour répondre aux besoins d'infirmières dans la province, notamment dans le secteur public. Le Gouvernement s'est ainsi tourné depuis 2010 vers le recrutement international pour combler ses besoins de main-d'œuvre. Chaque année, lors de l'établissement de la planification de la main-d'œuvre, les établissements de santé peuvent compter sur Recrutement Santé Québec, un service du MSSS dédié au recrutement international, pour les accompagner dans leur recrutement international.

Qu'elles viennent au Québec comme résidentes permanentes ou dans un processus de recrutement international, les infirmières immigrantes doivent faire reconnaître leurs compétences pour pouvoir recevoir un permis d'exercice de l'OIIQ et exercer leur profession au Québec. Dans la deuxième partie du chapitre, nous traiterons donc du parcours institutionnel de reconnaissance des compétences des infirmières formées hors Québec.

2. Infirmières diplômées hors Québec (IDHQ) – Parcours de reconnaissance des compétences professionnelles

Avant de détailler les parcours institutionnels des IDHQ au Québec, nous proposons dans un premier temps de brosser le portrait des infirmières immigrantes au Québec. Ainsi, dans une première section, nous nous attardons d'abord sur les IDHQ admises au Québec comme résidentes permanentes et arrivées entre 2008 et 2018 selon le pays de provenance, l'âge ou encore le genre. Ensuite, nous dévoilons la répartition des IDHQ exerçant dans la province et nous établissons une comparaison interprovinciale du poids des infirmières immigrantes au Canada. Nous terminons la section en exposant les caractéristiques des IDHQ recrutées à l'international.

Nous nous attardons ensuite dans une deuxième section sur les différentes voies prévues par les acteurs institutionnels pour la reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ en vue de l'obtention d'un permis d'exercice délivré par l'OIIQ.

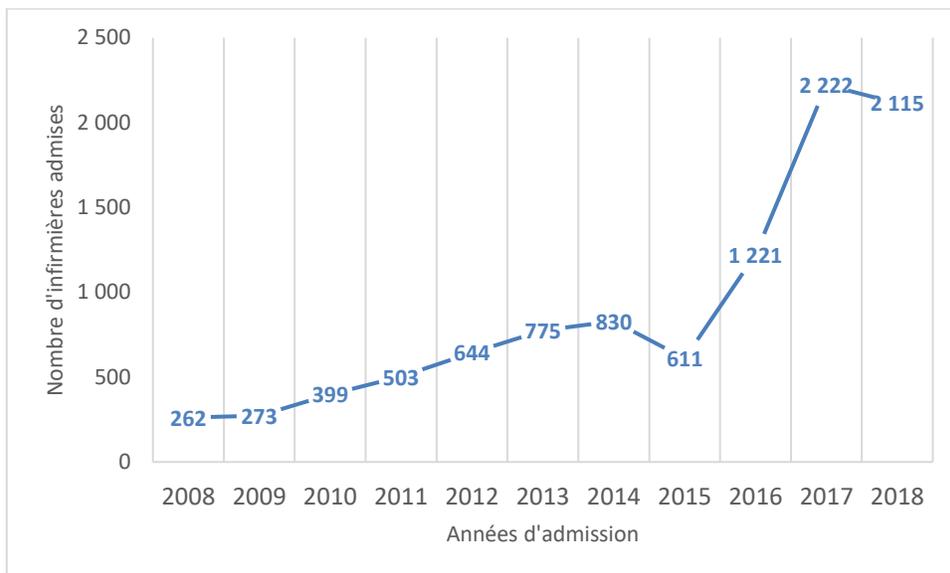
2.1. Portrait des infirmières immigrantes au Québec

Nous commençons ce portrait avec les IDHQ résidentes permanentes admises entre 2008 et 2018. Nous constatons sur la Figure 21 que le nombre d'admissions d'IDHQ a augmenté régulièrement depuis 2008 pour atteindre un pic à 830 admissions en 2014. Puis nous observons une baisse en 2015 suivie d'une hausse très importante en 2016. Le nombre d'admission a doublé en un an et est passé de 611 à 1221. L'année suivante est également marquée par un doublement du nombre des admissions pour atteindre 2222 en 2017. Une très légère baisse s'amorce en 2018 avec 2115 entrées.

Le MIFI explique cette hausse par un effet de la grille de 2013 qui a fait en sorte que des IDHQ des Philippines et de l'Inde se qualifiaient pour le Québec mais pas pour le Canada et sont donc arrivées en masse. Ce nombre accru a été noté également lors des admissions à la formation d'appoint dans les cégeps, notamment au John Abbott College, le collège anglophone de Montréal.

Le MIFI a réagi et nous a dit avoir changé la grille en 2017 puis en 2018. Les effets devaient se faire sentir en 2019. Nous n'avons pas les statistiques de 2019 et 2020, mais il va sans doute être difficile de les voir à cause de la COVID19 qui a limité le nombre d'arrivée et le changement de politique du nouveau gouvernement élu en 2018 qui a décidé de diminuer les admissions de résidents permanents lors de l'exercice de planification triennal de l'immigration pour 2019 à 2022. Nous aborderons plus spécifiquement la question des grilles de sélection dans la section suivante.

Figure 21: Nombre de travailleurs qualifiés admis au Québec entre 2008 et 2018, profession infirmière.



Source: ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021). Compilation selon demande de l'auteure.

Selon la compilation statistique du Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration (2021b), entre 2008 et 2018, 215 021 personnes ont été admises au Québec comme résidentes permanentes dans la catégorie des travailleurs qualifiés, les infirmières représentant 4,6% de ce nombre. Cependant, il est intéressant de noter qu'en 2008, si 2,7% des personnes admises avaient déclaré être infirmières, elles sont 21,5% en 2018 avec un pic de 22,5% en 2017. Nous savons que ces chiffres sont le résultat d'une hausse des admissions des IDHQ de l'Inde et des Philippines, donc un effet de la grille. 93% des IDHQ admises entre 2008 et 2018 étaient requérantes principales pour le dossier d'immigration. On peut supposer que le nombre de points attribués pour la profession et le domaine de formation explique ce chiffre.

Les IDHQ admises entre 2008 et 2018 sont majoritairement des femmes (74%) et plus des deux tiers sont jeunes, 68,6% ont entre 15 et 34 ans. Elles viennent majoritairement d'Asie (61,3%) ce qui s'explique par le nombre d'IDHQ originaire de l'Inde (2420) et des Philippines (2257).

On constate dans le Tableau 53 que, comme la majorité des personnes immigrantes qui s'installent au Québec, 91,9% des IDHQ ont l'intention de s'installer à Montréal et sa région (Montréal-Laval-Montérégie), pour seulement 3,4% dans la Capitale-Nationale et 1,3% en Estrie, les régions où se trouvent les cégeps qui donnent l'AEC Intégration à la profession d'infirmière.

Tableau 53: Caractéristiques des travailleurs qualifiés admis, profession infirmière, au Québec, 2008 à 2018, par région de destination

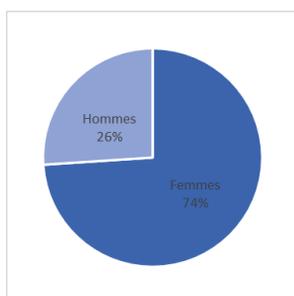
	Infirmier (3152, 3012)		Total	
	n	%	n	%
Bas-Saint-Laurent	11	0,1	590	0,3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	10	0,1	723	0,3
Capitale-Nationale	338	3,4	12 291	5,7
Mauricie	23	0,2	1 351	0,6
Estrie	132	1,3	2 783	1,3
Montréal	8 491	86,2	166 690	77,5
Outaouais	155	1,6	4 137	1,9
Abitibi-Témiscamingue	11	0,1	528	0,2
Côte-Nord et Nord-du-Québec	x	x	268	0,1
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5	0,1	139	0,1
Chaudière-Appalaches	17	0,2	871	0,4
Laval	243	2,5	8 495	4,0
Lanaudière	43	0,4	1 738	0,8
Laurentides	35	0,4	1 617	0,8
Montréal	318	3,2	12 051	5,6
Centre-du-Québec	10	0,1	499	0,2
Non disponible et confidentiel	13	0,1	250	0,1
Total	9 855	100,0	215 021	100,0

Source: ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021). Compilation selon demande de l'auteure.

Enfin, 62,2% déclarent connaître le français mais le tiers ne connaissent que l'anglais alors que moins du quart (22,9) connaissent le français seulement. Notons que 1,1% ne parle ni français, ni anglais.

Sans surprise, on constate sur la Figure 22 que la profession est féminine avec seulement 26% d'hommes admis dans la catégorie des infirmières entre 2008 et 2018. Cependant, la proportion d'hommes diplômés hors Québec (26% selon la Figure 22) est plus importante que la proportion d'hommes diplômés du Québec (11,29% selon la Figure 19).

Figure 22: Caractéristiques des travailleurs qualifiés admis, profession infirmière, au Québec, 2008 à 2018, par sexe



Source: ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021). Compilation selon demande de l'auteure.

Nous l'avons déjà mentionné, un nombre très important d'IDHQ de l'Inde et des Philippines ont été admises au Québec entre 2016 et 2018, et de nombreuses Françaises, Iraniennes et Haïtiennes se sont installées dans la province entre 2008 et 2018 comme le montre le Tableau 54. On constate que sur les 12 premiers pays de naissance des IDHQ, on parle français dans huit d'entre eux (France, Haïti, Algérie, Côte d'Ivoire, Cameroun, Maroc, Liban et Tunisie).

Tableau 54: Distribution des travailleurs qualifiés admis, profession infirmière, au Québec, 2008 à 2018, par pays de naissance

Infirmier (3152, 3012)		
	n	%
Inde	2 420	24,6
Philippines	2 257	22,9
France	890	9,0
Iran	583	5,9
Haïti	415	4,2
Algérie	377	3,8
Côte d'Ivoire	313	3,2
Cameroun	310	3,1
Maroc	267	2,7
Chine	224	2,3
Liban	216	2,2
Tunisie	157	1,6
Roumanie	123	1,2
Colombie	113	1,1
Brésil	103	1,0
Népal	98	1,0
Maurice	91	0,9
Moldova	70	0,7
Ukraine	62	0,6
Rép. dém. du Congo	59	0,6
Autres	707	7,2
Total	9855,0	100

Source: ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille (2021). Compilation selon demande de l'auteure.

Comme nous l'avons fait pour la profession de médecin, nous nous sommes interrogée sur la proportion d'IDHQ au Québec. Les résultats se lisent dans le Tableau 55. Le Québec fait partie des provinces, avec les Provinces de l'Atlantique, où la proportion d'infirmières diplômées à l'étranger est la plus faible avec 5,64%. Ces chiffres sont inférieurs à la moyenne canadienne (9,14%), loin derrière l'Ontario (11,00%) et la Colombie-Britannique (14,51%).

Tableau 55: Proportion d'infirmières selon le lieu d'obtention du diplôme, Canada 2019

	Formés au Canada	Formés à l'étranger 2018
C.-B.	85,49%	14,51 %
Ont.	89,00%	11,00 %
Yn	90,23%	9,77 %
Man.	90,25%	9,75 %
Alb.	90,25%	9,75 %
Canada	90,86%	9,14 %
Sask.	91,42%	8,58 %
N.-O./Nu	91,71%	8,29 %
Qc	94,36%	5,64 %
N.-É.	96,23%	3,77 %
Î.-P.-É.	97,58%	2,42 %
N.-B.	98,29%	1,71 %
T.-N.-L.	98,81%	1,19 %

Compilation de l'auteure. Source : *Le personnel infirmier au Canada, 2019 (Institut canadien d'information sur la santé, 2020)*

Néanmoins, le Tableau 56 montre que le pourcentage d'infirmières diplômées hors du Québec est en constante augmentation, il a doublé en 10 ans, passant de 2,59% à 5,64% entre 2009 et 2018. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2020), le pourcentage des IDHQ inscrites à l'Ordre en 2019-2020 est de 7,4%, ce qui est une hausse importante en deux ans. Cependant, ces données n'indiquent pas si ce sont des infirmières sur permis de travail temporaire ou si ce sont des résidentes permanentes. On remarque que le poids des IDHQ augmente plus rapidement au Québec qu'au Canada, où il n'a augmenté que d'un point de pourcentage en 10 ans (voir Tableau 56).

Tableau 56: Proportion d'infirmières diplômées hors Québec au Québec de 2009 à 2018

Années	Infirmières formées à l'étranger	
	Québec	Canada
2009	2,59%	8,36%
2010	2,74%	8,64%
2011	3,14%	8,67%
2012	3,46%	8,41%
2013	3,87%	8,93%
2014	4,17%	8,95%
2015	4,52%	8,92%
2016	4,76%	8,94%
2017	5,03%	9,00%
2018	5,64%	9,14%

Compilation de l'auteure à partir des données de l'Institut canadien d'information sur la santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2020)

Nous brossons maintenant un portrait du nombre de permis de travail délivrés à des IDHQ.

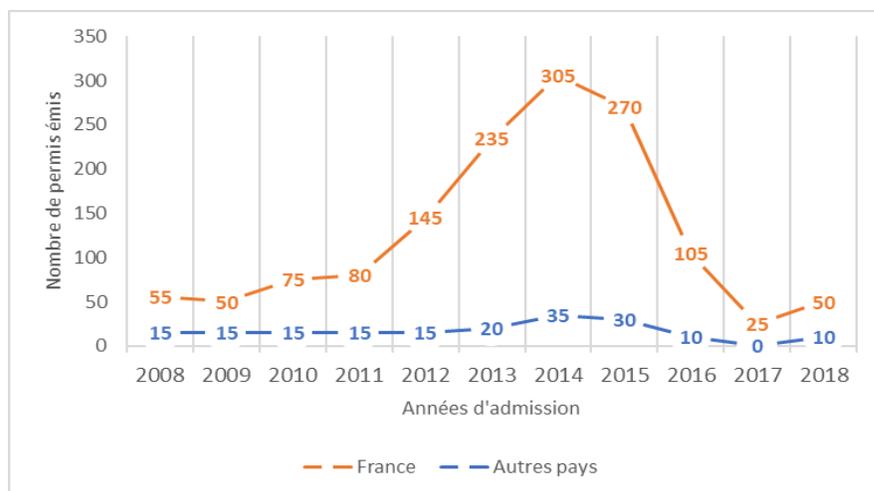
Les données que nous présentons concernent les IDHQ admises dans le cadre du PTET et du PMI. Comme il s'agit du nombre de permis émis, nous ne pouvons additionner les résultats annuels pour faire un total d'IDHQ, mais bien de permis. Ainsi, une même personne peut rester sur le territoire

québécois plusieurs années en renouvelant son permis de travail, donc plusieurs permis seront émis pour une seule personne.

La courbe de la Figure 23 montre que le nombre de permis temporaires émis est stable pour les ressortissants des pays autres que la France entre 2008 et 2018 avec une pointe à 35 permis en 2014 et une baisse jusqu'à 0 permis délivrés en 2017. En revanche, le nombre de permis émis à des IDHQ françaises, qui étaient déjà plus nombreux que pour les ressortissants d'autres pays, a considérablement augmenté à partir de 2012 pour atteindre 305 permis en 2014. On observe ensuite une baisse drastique à 25 permis en 2017, un nombre inférieur à 2009, année lors de laquelle seulement 50 permis ont été émis. En 2018, le nombre de permis a doublé pour atteindre 50.

Nous pouvons sans doute lier la hausse fulgurante entre 2011 et 2014 (et même 2015) à la mise en œuvre de l'ARM pour la profession infirmière en 2011. La baisse importante observée entre 2015 et 2017 pourrait être attribuée à ce que deux de nos répondantes françaises, Léa et Camille, ont appelé « les années blanches » dans le recrutement. D'après elles, le MSSS ne recrutait plus du tout durant ces deux années.

Figure 23: IDHQ Titulaires d'un permis de travail pour fin d'emploi, du programme PTET ou PMI, selon le CNP à 4 chiffres, selon les principaux pays de naissance, au Québec, permis émis de 2008 à 2018



Source: Créé par le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration, Direction de la recherche, de la statistique et de la veille, à partir des données d'IRCC pour le T4 de 2019, données arrondies au multiple de 5 le plus proche (2021).

Pour conclure avec le portrait des permis de travail détenus par des IDHQ, on peut noter que près de 82% de ceux-ci sont détenus par des femmes et que le tiers sont détenus par des personnes âgées de moins de 30 ans. On peut donc penser que ce sont de jeunes professionnelles francophones qui viennent travailler au Québec avec la possibilité de faire une demande de résidence permanente et

répondre ainsi non seulement au besoin de main-d'œuvre de la province mais également au maintien de la langue française et peut-être même à la démographie du Québec.

Nous reviendrons dans le chapitre 6 sur ces chiffres et sur les effets des politiques publiques d'immigration et de l'emploi sur les IDHQ.

Une fois que les IDHQ arrivent au Québec, avec une résidence permanente ou un permis de travail, elles doivent passer par un processus institutionnel particulier pour obtenir un permis d'exercice de leur profession délivré lui par l'OIIQ.

2.2. Parcours de reconnaissance des compétences des IDHQ au Québec

Pour comprendre le processus de reconnaissance des diplômes et d'évaluation des compétences des IDHQ et identifier les acteurs devant se coordonner dans ce processus, nous avons réalisé la Figure 24 à partir de l'analyse des données disponibles sur les sites de ces acteurs et des entrevues. Ce schéma fait la synthèse des parcours institutionnels possibles pour l'obtention d'un permis d'exercice de l'OIIQ des différents types de diplômées : les diplômées du cégep et de l'université au Québec et les diplômées hors Québec (IDHQ). Nous avons représenté les parcours côte-à-côte pour pouvoir les comparer.

Avec un diplôme obtenu hors du Québec et sans pouvoir bénéficier de l'ARM signé avec la France, une IDHQ doit faire une demande de reconnaissance par équivalence directement à l'OIIQ. Ce dernier va établir deux types de prescriptions :

Premièrement, l'Ordre va reconnaître la formation initiale et l'expérience professionnelle antérieure d'un niveau DEC, mais nécessitant une formation d'appoint offerte par un cégep. Un programme spécifique a été développé pour les IDHQ qui conduit à la délivrance d'une Attestation d'étude collégiale (AEC) : le programme d'intégration dans la profession infirmière. D'une durée de 6 à 9 mois, selon la prescription de l'OIIQ et les modules à compléter, il vise : 1) la familiarisation de la candidate au contexte de pratique québécoise ; 2) l'adaptation des compétences déjà acquises et 3) la démonstration des compétences cliniques essentielles. Le processus est alors le même que celui d'une candidate formée au Québec : obtenir un certificat d'immatriculation et l'attestation d'exercice à titre de candidate à l'exercice de la profession d'infirmière (AECEPI) puis réussir l'examen d'admission à la profession d'infirmière de l'OIIQ pour demander son permis d'exercice. Les IDHQ ont également droit à trois tentatives. Une fois l'examen réussi, elles obtiennent leur permis d'exercice et sont **infirmières techniciennes**.

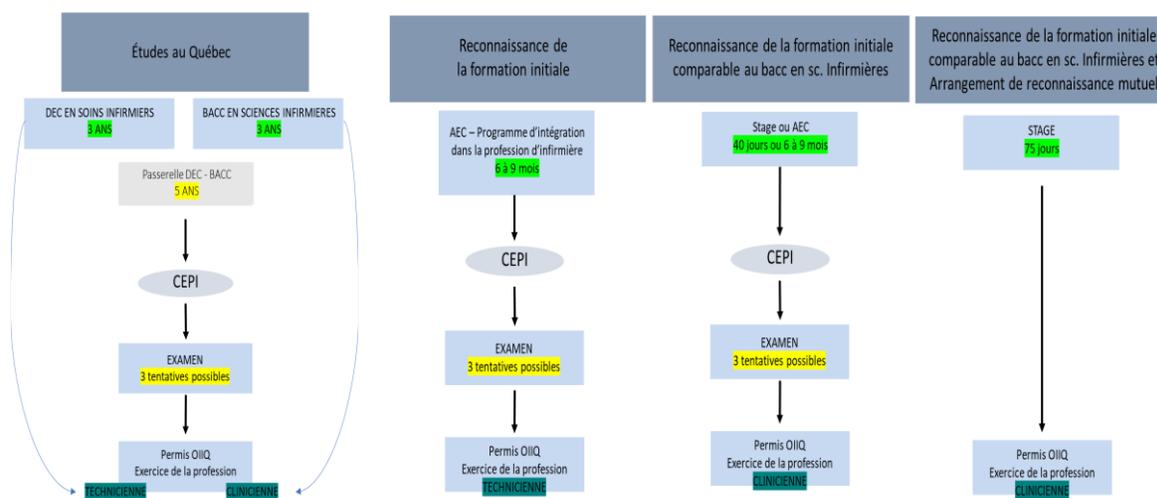
Deuxièmement, l'Ordre reconnaît que la formation initiale est comparable à un bac. Il prescrit aux IDHQ un stage de 40 jours dans un établissement de santé (les IDHQ peuvent aussi aller se mettre à niveau en suivant l'AEC, mais d'après les IDHQ et les acteurs rencontrés, elles choisissent le stage). Une fois le stage terminé, le processus est le même que pour les infirmières formées au Québec et les IDHQ ont trois tentatives pour réussir l'examen d'admission à la profession d'infirmière de l'OIIQ afin d'obtenir leur permis d'exercice. Elles sont alors **infirmières cliniciennes**.

Avec un diplôme obtenu en France, et si elles répondent aux **conditions fixées par l'ARM**¹⁷³, les IDHQ n'ont pas de prescription de l'OIIQ. Elles demandent un permis restrictif temporaire à l'OIIQ pour pouvoir faire le stage obligatoire d'adaptation professionnelle. D'une durée de 75 jours dans un établissement de santé public, ce stage comporte trois volets : 1) Introduction au contexte de pratique québécois; 2) Adaptation des compétences en fonction du nouveau contexte de pratique; 3) Consolidation des compétences et démonstration d'un exercice autonome adapté au contexte de pratique québécois. Une fois le stage réussi, les IDHQ peuvent faire leur demande de permis d'exercice à l'OIIQ. Elles n'ont pas besoin de passer l'examen d'admission à la profession d'infirmière de l'OIIQ. Elles exercent comme **infirmières cliniciennes**.

Le parcours des IDHQ qui viennent de France avec l'ARM est plus rapide et ne semble pas opposer les barrières et les difficultés énumérées précédemment dans la revue de la littérature. Les ARM sont entrés en vigueur en 2011, ce qui nous assure un recul de 10 ans sur les résultats de cette procédure. Il y a encore peu de recherches réalisées à ce sujet. Rappelons que l'étude de Bédard et Roger (2015) fait état du problème persistant de la reconnaissance professionnelle par l'administration et par les collègues (niveau d'études et spécialisations) de la formation et du niveau de compétence des infirmières françaises perçus inférieurs à la formation québécoise. Il est important de souligner également que l'OIIQ, en plus d'avoir signalé le problème dans son mémoire déposé pour la consultation sur le projet de loi 98, met en garde les IDHQ sur son site sur les difficultés à trouver un stage en établissement. Le processus est simple, mais si l'étape du stage est impossible à passer, c'est un blocage important et les IDHQ ne peuvent donc pas exercer leur profession.

¹⁷³ Les conditions et critères sont présentés dans le document sur l'ARM France-Québec disponible sur le site du Ministère des Relations internationales : <http://www.mrif.gouv.qc.ca/content/documents/fr/ARM-consolide-infirmieres.pdf>

Figure 24: Parcours institutionnel pour l'obtention d'un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec



DEC : diplôme d'études collégiales CEPI : Candidate à l'exercice de la profession infirmière
 BACC : Baccalauréat AEC : Attestation d'études collégiales

Synthèse de l'auteure. Sources : Synthèse de l'auteure. Sources : Office québécois de la langue française (OQLF), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et étude empirique.

Le cheminement attendu des IDHQ présenté ici démontre que le processus diffère fortement selon que la formation initiale et l'expérience professionnelle sont reconnues comme équivalente à un niveau DEC ou Bac du Québec. Tout comme pour le cheminement attendu des médecins, nous n'avons pas fait de distinction de catégorie ou de sous-catégorie d'immigrant, ce cheminement concerne donc des résidentes permanentes de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés, du regroupement familial ou des réfugiés et des IDHQ venues avec un permis de travail temporaire.

Dans cette deuxième section nous avons brossé le portrait des IDHQ au Québec et montré qu'elles choisissent pour leur projet migratoire et professionnel de passer soit par la voie de l'immigration permanente, soit par celle de l'immigration temporaire. Également, nous avons constaté que les admissions d'IDHQ entre 2008 et 2018 ont montré une hausse continue entre 2008 et 2014. Une baisse s'est amorcée ensuite, mais depuis 2015, nous observons une hausse vertigineuse des admissions qui sont passées de 611 à 2221 en 2017 et 2015 en 2018. Le MIFI explique ces chiffres par l'arrivée massive d'IDHQ provenant de l'Inde et des Philippines. Ces IDHQ ne se qualifient pas pour le programme des travailleurs qualifiés du Canada, mais avec les points attribués à la grille de sélection du Québec pour le niveau et le domaine de formation, elles ont été sélectionnées par le Québec, même si elles n'ont pas un niveau de français suffisant et qu'elles quittent, pour la plupart, pour aller s'installer dans d'autres provinces ensuite.

Les IDHQ qui viennent au Québec avec un permis de travail temporaire sont essentiellement originaires de France. L'entrée en vigueur de l'ARM en 2011 a certainement contribué à la hausse des permis octroyés aux IDHQ françaises jusqu'en 2014. Ensuite, leur nombre a diminué, sans doute en raison du gel des embauches par les établissements de santé entre 2015 et 2017.

L'analyse documentaire et l'étude empirique nous ont permis de détailler les différents parcours institutionnels de reconnaissance des compétences des IDHQ au Québec. Trois voies s'offrent à elles.

D'abord, les IDHQ à qui l'OIIQ a reconnu la formation initiale et l'expérience professionnelle antérieure comparables à un DEC en soins infirmiers doivent retourner aux études pour suivre l'AEC Programme d'intégration dans la profession d'infirmière qui dure 6 à 9 mois puis réussir l'examen de l'OIIQ afin de recevoir leur permis qui leur permettra d'exercer comme infirmières techniciennes.

Ensuite, celles dont la formation initiale et l'expérience antérieure ont été reconnues par l'Ordre comme comparable à un bac en sciences infirmières doivent réaliser un stage de 40 jours dans un établissement de santé et réussir l'examen de l'OIIQ pour obtenir leur permis et exercer comme infirmières cliniciennes.

Enfin, pour les infirmières formées en France et bénéficiant de l'Arrangement de reconnaissance mutuelle, un stage réussi de 75 jours dans un établissement de santé leur permet d'obtenir directement leur permis d'exercice de l'OIIQ. Elles sont alors infirmières techniciennes.

Il nous a semblé important de nous attarder dans les deux premières parties de ce chapitre sur la présentation de la formation et de la profession d'infirmière au Québec, sur le portrait des infirmières au Québec et sur celui des IDHQ arrivées entre 2008 et 2018 pour deux raisons. D'abord pour comprendre l'origine des conventions sur les compétences nécessaires à l'exercice de la profession et les conditions de son exercice. Ensuite, permettre au lectorat de commencer à cerner la complexité de la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ au Québec. Ainsi, dans la prochaine section, nous détaillons les étapes à travers lesquelles les IDHQ doivent passer pour faire reconnaître leurs compétences et comment les acteurs concernés se coordonnent à chacune de ces étapes.

3. Les étapes de la reconnaissance des compétences des IDHQ

Dans le Chapitre 2 – Cadre théorique et conceptuel, nous avons expliqué qu'une convention résout un problème de coordination entre différents acteurs en situation d'incertitude. En reprenant la définition d'une convention de Jean-Pierre Dupuy et al. (1989, p. 142), nous examinons dans cette

troisième section « des représentations, une structure d'information, etc., qui construisent les informations jugées pertinentes et utiles pour l'action et déterminent la nature des objets qui peuvent servir de ressources ». Pour ce faire, nous mobilisons notre cadre d'analyse présenté au Chapitre 2 (p. 90) et nous avons colligé dans le tableau les étapes et les outils utilisés par les acteurs pour la reconnaissance des compétences des DHCEU que l'analyse documentaire et l'étude empirique ont permis de construire, comme nous l'avons fait dans le chapitre précédent pour les DHCEU.

Tableau 57: Les étapes et outils de la reconnaissance des compétences des IDHQ

Convention	Parcour	Immigration	Évaluation/Reconnaissance des compétences	Intégration professionnelle
Compétences		Grille de sélection du MIDI	Prescription OIIQ Référentiel de compétences Mosaïque Évaluation comparative des études effectuées hors Québec	PAB Sélection Supervision
	Professions	Liste des domaines de formation	AEC Stages (75 ou 40 jours) Examen OIIQ	Permis d'exercice - clinicienne vs technicienne Recrutement - ARM Projets spéciaux
	Légitimité	Légitimité et représentation de la sélection par acteurs et IDHQ	Normes et standards nord-américains Représentation de la reconnaissance des compétences par acteurs et IDHQ	Intégration professionnelle Représentation de la reconnaissance professionnelle par acteurs et IDHQ

Durant le processus d'immigration, les acteurs institutionnels se sont dotés d'outils d'évaluation avec lesquels ils tentent de résoudre leurs incertitudes pour la sélection de travailleurs qualifiés qui ont potentiellement le plus de chance de s'adapter et de s'intégrer professionnellement au Québec. Pour les infirmières immigrantes, la sélection opérée se présente comme une reconnaissance de leur formation initiale et de leur profession. Elles considèrent qu'elles sont légitimes puisqu'elles ont été sélectionnées comme infirmières, d'autant plus qu'elles gagnent beaucoup de points avec leur niveau de diplôme, leur domaine de formation et leur expérience professionnelle.

Lors du **processus de reconnaissance des connaissances**, les acteurs institutionnels mettent en place plusieurs critères afin d'évaluer les compétences des IDHQ pour s'assurer que celles-ci ont les compétences pour travailler au Québec selon les normes établies et obtenir, comme toutes les diplômées du Québec, un permis d'exercice de leur profession et donc répondre à leur mission de protection du public. Pour les IDHQ, cela se comprend comme une reconnaissance de leurs compétences et donc renforce le sentiment de légitimité, cette fois-ci institutionnelle.

Enfin, lors du **processus d'intégration professionnelle**, d'autres épreuves attendent les IDHQ afin de rassurer leurs employeurs, leurs pairs et leurs patients sur leurs compétences professionnelles. Il s'agit alors pour les IDHQ d'une reconnaissance professionnelle à obtenir en plus de la reconnaissance institutionnelle.

3.1. Durant le processus d'immigration

Dans cette première section, nous passons en revue les étapes à travers lesquelles les DHCEU doivent passer pour être sélectionnés par le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) et obtenir leur résidence permanente. La première sous-section est consacrée à la présentation des outils et critères déterminés par le MIFI et ses partenaires pour effectuer la sélection des IDHQ. L'historique, les objectifs et l'élaboration des grilles de sélection et de la liste des domaines de formation ont été présentés dans le chapitre précédent. Comme cela concerne tant les DHCEU que les IDHQ, nous ne reviendrons pas sur ces points. Cependant, nous répétons dans cette première sous-section la présentation de l'évolution des grilles de sélection spécifiquement pour les IDHQ en reprenant la même présentation que pour les DHCEU. Dans la deuxième sous-section, nous expliquons quelles sont les attentes professionnelles des IDHQ et la représentation de la sélection par les acteurs et les IDHQ. Enfin, dans la troisième et dernière sous-section, nous examinons les limites des outils de sélection et de la coordination des acteurs.

3.1.1. La grille de sélection du Québec et la liste des domaines de formation

3.1.1.1. Historique et objectifs des outils de sélection

Nous avons traité ce sujet dans le chapitre précédent sur les DHCEU, nous invitons le lecteur à se référer au point 3.1.1.1 du chapitre 4, puisque cette partie est la même pour les IDHQ.

3.1.1.2. Comment les grilles et les listes des domaines de formation sont élaborées et avec qui

Nous avons traité ce sujet dans le chapitre précédent sur les DHCEU, nous invitons le lecteur à se référer au point 3.1.1.2 du chapitre 4, puisque cette partie est la même pour les IDHQ.

3.1.1.3. Analyse des grilles et des listes des domaines de formation et résultats

Nous avons analysé chacune des versions des grilles envoyées par le MIFI afin d'évaluer le poids donné par l'institution à certains critères par rapport à d'autres, notamment ceux concernant les compétences des immigrants et leur profession (leur domaine de formation, leur niveau d'études, leur connaissance du français et leur expérience professionnelle). Nous présentons dans le Tableau 59 et le Tableau 60 une comparaison des différentes grilles utilisées par le MIFI et la pondération des critères en relation avec notre cadre d'analyse concernant les IDHQ pour un requérant avec conjoint, de même que dans le Tableau 61 et le Tableau 62 pour un requérant seul.

Comme nous l'avons énoncé précédemment dans le chapitre concernant les DHCEU, les critères de la grille sont les suivants, pour le requérant principal, et son conjoint le cas échéant : la formation, le nombre d'années d'expérience professionnelle, l'âge, les connaissances linguistiques, séjour et famille au Québec, caractéristique du conjoint, une offre d'emploi valide, des enfants, la capacité d'autonomie financière et l'adaptabilité.

Au fil des versions de la grille de 1996 à 2018, pour un requérant principal avec conjoint (Tableau 59 et Tableau 60), il apparaît que c'est la **formation initiale** qui pèse le plus lourd dans la pondération (de 13% à 25% des points maximum que l'on peut obtenir), suivie de la **connaissance linguistique** (17% à 19%), puis des **caractéristiques du conjoint** quand cela s'applique (13 à 15%) puis de l'**âge** (8 à 14%), ensuite une **offre d'emploi validée** (8 à 12%), l'**expérience professionnelle** (6 à 8%), les **enfants** (6 à 7%) et les **séjours** (4 à 5%). Le critère d'adaptabilité quant à lui pesait entre 14 et 23% dans les grilles de 1996 à 2003. Il a été réduit entre 2006 et 2014 de 5 à 6%.

Pour un requérant sans conjoint (Tableau 61 et Tableau 62), la formation initiale est également le critère qui pèse le plus lourd (15 à 29%), suivi de la connaissance linguistique (19 à 23%) et de l'âge (9 à 16%). L'importance des critères ensuite diffère un peu puisque l'expérience professionnelle pèse de 7 à 9%, les enfants comptent pour 7 à 8% et les séjours 4 à 6% alors que le critère d'adaptabilité pèse entre 18 et 27% dans les grilles de 1996 à 2003 puis a été réduit entre 2006 et 2014 de 5 à 6%.

Le critère **d'adaptabilité** a été supprimé depuis la grille de 2015. Les facteurs considérés dans ce critère étaient : les qualités personnelles, la motivation, la connaissance du Québec, les séjours d'étude ou de travail au Québec, les autres séjours, des parents au Québec, des amis au Québec.

Comme on peut le constater dans le Tableau 60 et le Tableau 62, ce critère est supprimé de la grille de sélection depuis le 5 août 2015¹⁷⁴ pour donner suite à la recommandation faite en 2010 par le Vérificateur général du Québec. En effet, ce dernier considérait ce critère très subjectif et manquant d'indicateurs significatifs compte tenu de son poids relatif dans la grille ce qui rendait la sélection aléatoire et « davantage basée sur le jugement du conseiller à l'immigration. »

Les IDHQ rencontrées et venues au Québec par le programme régulier des travailleurs qualifiés (PRTQ) ont toutes été évaluées et sélectionnées sur le critère adaptabilité qui pesait 5 à 6% de la note finale, sauf Nour pour qui ce critère s'élevait à 23%. En effet, comme le montre le Tableau 58, elles ont été sélectionnées sur les grilles de 2006, 2013 et 2009, alors que Nour a rempli la grille de 1996. Les autres participantes de notre étude sont venues avec un permis de travail temporaire ou

¹⁷⁴ Communiqué du MIDI : <http://www.midi.gouv.qc.ca/fr/presse/communiques/com20150805.html>

un permis d'études avant de faire une demande de sélection via le Programme de l'expérience québécoise (PEQ) comme travailleur qualifié ou diplômé du Québec pour obtenir la résidence permanente au Québec. Il n'y a pas de grille de sélection pour cette voie, mais des critères de sélection à remplir¹⁷⁵, comme démontrer un niveau de français équivalent au niveau 7 de l'Échelle québécoise des niveaux de compétence en français des personnes immigrantes adultes¹⁷⁶.

La connaissance du français n'est évaluée par des tests officiels que depuis 2013, même si le MIFI avait mis en place depuis 2008 une mesure pour que, petit à petit, les tests de français deviennent la norme dans les dossiers d'immigration. Cependant, jusqu'en 2013, ce critère était évalué, là encore par le conseiller à l'immigration, sans non plus de balises ou de critères définis et mesurables. Ceci a également été mis de l'avant par le Vérificateur général en 2011 qui conclut que « les informations dans le dossier ne permettent pas toujours de justifier l'attribution des points. » (Vérificateur général du Québec, 2011, p. 3.35)

Les IDHQ que nous avons rencontrées ont été sélectionnées avec une grille antérieure à celle de 2015 mais plusieurs nous ont informée avoir passé un test de français, comme Franck, et ce, durant l'analyse de son dossier, ce qui a engendré un délai dans le traitement de celui-ci et la réception de son CSQ, en plus de lui coûter un peu plus cher. Les IDHQ originaires de France étaient vraiment surprises d'avoir à prouver leur niveau de français, voire indignées. Certaines ont même dénoncé le côté mercantiliste du procédé comme Léa qui considère que « c'est vraiment pour faire fonctionner l'économie. »

Concernant **l'expérience professionnelle**, on obtient le maximum de points après 4 ans d'expérience. La moyenne d'années d'expérience des IDHQ sélectionnées est de 8 ans, 9 IDHQ sur 10 ont plus de 4 ans d'expérience professionnelle et ont donc obtenu le maximum des points dans ce critère. Seule Léa a moins d'expérience professionnelle, soit trois ans, comme on le constate dans le Tableau 58.

¹⁷⁵ Ce sont les conditions en date du 21 avril 2021 mises à jour sur les site du gouvernement du Québec.

<https://www.quebec.ca/immigration/programmes-immigration/programme-experience-quebecoise/conditions-selection>

¹⁷⁶ Pour en savoir plus sur l'échelle québécoise des niveaux de compétence en français des personnes immigrantes

adultes : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/francisation/MIFI/referentiel/NM_echelle_niveaux_compences.pdf

Tableau 58: Caractéristiques des IDHQ rencontrées selon critères grilles de sélection

Code Prénom	Grille MIDI utilisée	Âge au moment de la demande	Années d'expérience antérieure	Niveau d'études	Francisation	Année arrivée	Nb de IDHQ admises cette année-là	Critère adaptabilité (%)
Anna	2009	37	10 ans	14 ans +	non	2015	611	5
Camille	PEQ2018	30	8 ans	14 ans +	non	2017	2221	n.a.
Chloe	PEQ2018	27	7 ans	14 ans +	non	2016	1221	n.a.
Emmanuela	2013	36	7 ans	14 ans +	non	2017	2221	5
Franck	2009	27	6 ans	14 ans +	non	2015	611	5
Gabriela	PEQ2018	26	7 ans	14 ans +	oui	2013	775	n.a.
Grâce	2013	34	12 ans	14 ans +	non	2016	1221	5
Julie	2006	44	10 ans	14 ans +	non	2008	262	6
Léa	2013	24	3 ans	14 ans +	non	2016	1221	5
Manon	2009	28	8 ans	14 ans +	non	2012	644	5
Nour	1996	31	15 ans	14 ans +	non	2010	399	23
Patricia	2009	26	4 ans	14 ans +	non	2014	830	5
Sarah	2013	33	9 ans	14 ans +	non	2016	1221	5

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent, des études ont été réalisées pour analyser les changements apportés à la grille de 2006 par rapport à celle de 1996 (Bégin et Renaud, 2012; Boudarbat et Grenier, 2014; Boulet, 2013; Godin et Pinsonneault, 2004; Parent et Worswick, 2004; Renaud et Cayn, 2006; Slaoui, 2008; Tremblay, 2005). Pour les acteurs, et particulièrement le MIFI, ces changements visaient à améliorer la sélection pour mieux répondre aux besoins du marché du travail et améliorer l'intégration en emploi des personnes immigrantes.

Tableau 59: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 1996 à 2006 pour un requérant avec conjoint.

Requérant avec conjoint	Grille de 1996		Grille de 2000		Grille de 2001		Grille de 2003		Grille de 2006	
	Points maximum	Pondération n								
Formation	17	13%	17	13%	19	14%	19	15%	29	22%
Niveau de scolarité	11	8%	11	8%	11	8%	11	9%	13	10%
Formation privilégiée ¹	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%		0%
Domaine de formation									12	9%
Diplôme de Québec									6	5%
Deuxième spécialité	2	2%	2	2%	4	3%	4	3%	2	2%
Expérience professionnelle	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	9	7%
Âge	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	18	14%
Connaissances linguistiques	23	17%	23	17%	24	18%	24	20%	22	17%
Français ²	15	11%	15	11%	16	12%	16	13%	16	12%
Études post secondaires en français	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Anglais	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%
Séjour et famille au Québec									9	7%
Séjour au Québec									6	5%
Famille au Québec									3	2%
Caractéristiques du conjoint	17	13%	17	13%	17	13%	17	14%	18	14%
Niveau de scolarité	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%	3	2%
Domaine de formation									3	2%
Diplôme du Québec									1	1%
Deuxième spécialité									1	1%
Expérience	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	1	1%
Âge	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	3	2%
Connaissances linguistiques (français)	8	6%	8	6%	8	6%	8	7%	6	5%
Emploi / Offre d'emploi validée	15	11%	15	11%	15	11%	15	12%	10	8%
Emploi assuré	15	11%	15	11%	15	11%	15	12%		0%
Profession en demande	12	9%	12	9%	12	9%	12	10%		0%
Employabilité et mobilité professionnelle	7	5%	7	5%	8	6%	8	7%		0%
Offre d'emploi validée dans la RMM									5	4%
Offre d'emploi validée hors RMM									10	8%
Sous-total des points employabilité									115	
Seuil éliminatoire d'employabilité									57	43%
Enfants	8	6%	8	6%	8	6%	8	7%	8	6%
12 ans ou moins (par enfants)	2		2		2		2		4	3%
13 à 18 ans (par enfant)	1		1		1		1		2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%								
Sous-total des points passage examen préliminaire									124	
Seuil de passage à l'examen préliminaire									60	45%
Adaptabilité	31	23%	31	23%	19	14%	19	15%	8	6%
Qualités personnelles	15	11%	15	11%	6	5%	6	5%		
Motivation	5	4%	5	4%	2	2%	2	2%		
Connaissance du Québec	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Séjour études ou travail	5	4%	6	5%	6	5%	6	5%		
Autres séjours	2	2%								
Parents au Québec	4	3%	3	2%	3	2%	3	2%		
Ami au Québec	2	2%								
Total points maximum	132		132		123		123		132	
Seuil de passage en sélection	70	53%	70	53%	68	52%	68	55%	68	52%

2011 (juillet) - Entrée en vigueur de l'ARM France-Québec pour la profession d'infirmière

¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées
² Tests officiels à partir de 2013

| Profession infirmière |
|--|--|--|--|--|
| Pas reçu liste des formations privilégiées |
| 5 à 8/11 pts pour niveau diplôme | | 7 à 8 pts pour niveau diplôme | | 10 à 11/13 pts pour niveau diplôme |

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 1996 à 2006. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

Tableau 60: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 2009 à 2018 pour un requérant avec conjoint

Requérant avec conjoint	Grille de 2009		Grille de 2013		Grille de 2014		Grille de 2015		Grille de 2017		Grille de 2018	
	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération	Points maximum	Pondération
Formation	28	23%	28	23%	30	24%	30	25%	26	22%	26	22%
Niveau de scolarité	12	10%	12	10%	14	11%	14	12%	14	12%	14	12%
Formation privilégiée ¹												
Domaine de formation	16	13%	16	13%	16	13%	16	13%	12	10%	12	10%
Diplôme de Québec												
Deuxième spécialité												
Expérience professionnelle	8	7%	8	7%	8	6%	8	7%	8	7%	8	7%
Âge	16	13%	16	13%	16	13%	16	13%	16	14%	16	13%
Connaissances linguistiques	22	18%	22	18%	22	17%	22	18%	22	19%	22	18%
Français ²	16	13%	16	13%	16	13%	16	13%	16	14%	16	13%
Études post secondaires en français												
Anglais	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%
Séjour et famille au Québec	8	7%	8	7%	8	6%	8	7%	8	7%	8	7%
Séjour au Québec	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%	5	4%
Famille au Québec	3	2%	3	2%	3	2%	3	3%	3	3%	3	3%
Caractéristiques du conjoint	16	13%	16	13%	17	13%	17	14%	17	15%	17	14%
Niveau de scolarité	3	2%	3	2%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%
Domaine de formation	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%
Diplôme du Québec												
Deuxième spécialité												
Expérience												
Âge	3	2%	3	2%	3	2%	3	3%	3	3%	3	3%
Connaissances linguistiques (français)	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%	6	5%
Emploi / Offre d'emploi validée	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	10	9%	14	12%
Emploi assuré												
Profession en demande												
Employabilité et mobilité professionnelle												
Offre d'emploi validée dans la RMM	6	5%	6	5%	6	5%	8	7%	8	7%	8	7%
Offre d'emploi validée hors RMM	10	8%	10	8%	10	8%	10	8%	10	9%	14	12%
Sous-total des points employabilité	108		108		111		111		107		111	
Seuil éliminatoire d'employabilité	50	41%	50	41%	50	40%	50	42%	52	45%	52	43%
Enfants	8	7%	8	7%	8	6%	8	7%	8	7%	8	7%
12 ans ou moins (par enfants)	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%	4	3%
13 à 18 ans (par enfant)	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%
Sous-total des points passage examen préliminaire	117		117		120		120		116		120	
Seuil de passage à l'examen préliminaire	57	46%	57	46%	57	45%	57	48%	59	51%	59	49%
Adaptabilité	6	5%	6	5%	6	5%	SUPPRIMÉ					
Qualités personnelles												
Motivation												
Connaissance du Québec												
Séjour études ou travail												
Autres séjours												
Parents au Québec												
Ami au Québec												
Total points maximum	123		123		126		120		116		120	
Seuil de passage en sélection	63	51%	63	51%	63	50%	57	48%	59	51%	59	49%

2014 (février) - Dans le cadre de l'ARM France-Québec pour la profession d'infirmière, DE=BACC

¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées	Profession infirmière	Profession infirmière	Profession infirmière	Profession infirmière	Profession infirmière
² Tests officiels à partir de 2013	12/16 pts pour domaine de formation	16/16 pts pour domaine de formation	12/16 pts pour domaine de formation	9/12 pts pour domaine de formation	6/12 pts pour domaine de formation
	8 à 10/12 pts pour niveau diplôme	8 à 10/12 pts pour niveau diplôme	8 à 10/14 pts pour niveau diplôme	8 à 10/14 pts pour niveau diplôme	8 à 10/14 pts pour niveau diplôme

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 2009 à 2018. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

Tableau 61: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 1996 à 2006 pour un requérant seul.

Requérant seul	Grille de 1996		Grille de 2000		Grille de 2001		Grille de 2003		Grille de 2006	
	Points maximum	Pondération								
Formation	17	15%	17	15%	19	18%	19	18%	29	25%
Niveau de scolarité	11	10%	11	10%	11	10%	11	10%	13	11%
Formation privilégiée	4	3%	4	3%	4	4%	4	4%		
Domaine de formation									12	11%
Diplôme de Québec									6	5%
Deuxième spécialité	2	2%	2	2%	4	4%	4	4%	2	2%
Expérience professionnelle	10	9%	10	9%	10	9%	10	9%	9	8%
Âge	10	9%	10	9%	10	9%	10	9%	18	16%
Connaissances linguistiques	23	20%	23	20%	24	23%	24	23%	22	19%
Français	15	13%	15	13%	16	15%	16	15%	16	14%
Études post secondaires en français	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Anglais	6	5%	6	5%	6	6%	6	6%	6	5%
Séjour et famille au Québec									9	8%
Séjour au Québec									6	5%
Famille au Québec									3	3%
Emploi / Offre d'emploi validée	15	13%	15	13%	15	14%	15	14%	10	9%
Emploi assuré	15	13%	15	13%	15	14%	15	14%		
Profession en demande	12	10%	12	10%	12	11%	12	11%		
Employabilité et mobilité professionnelle	7	6%	7	6%	8	8%	8	8%		
Offre d'emploi validée dans la RMM									5	4%
Offre d'emploi validée hors RMM									10	9%
Sous-total des points employabilité	75	65%	75	65%	78	74%	78	74%	97	
Seuil éliminatoire d'employabilité									50	44%
Enfants	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	7%
12 ans ou moins (par enfants)	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	4	4%
13 à 18 ans (par enfant)	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%								
Sous-total des points passage examen préliminaire	84	73%	84	73%	87	82%	87	82%	106	
Seuil de passage à l'examen préliminaire									53	46%
Adaptabilité	31	27%	31	27%	19	18%	19	18%	8	7%
Qualités personnelles	15	13%	15	13%	6	6%	6	6%		
Motivation	5	4%	5	4%	2	2%	2	2%		
Connaissance du Québec	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%		
Séjour études ou travail	5	4%	6	5%	6	6%	6	6%		
Autres séjours	2	2%		0%		0%				
Parents au Québec	4	3%	3	3%	3	3%	3	3%		
Ami au Québec	2	2%				0%				
Total points maximum	115		115		106		106		114	
Seuil de passage en sélection	70	61%	70	61%	60	57%	60	57%	59	52%

¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées

² Tests officiels à partir de 2013

	Profession infirmière	Profession infirmière	Profession infirmière	Profession infirmière	Profession infirmière
	Pas reçu liste des formations privilégiées	5/12 pts pour domaine de formation			
	5 à 8/11 pts pour niveau diplôme	xxxx pts pour niveau diplôme	7 à 8 pts pour niveau diplôme	xxxx pts pour niveau diplôme	10 à 11/13 pts pour niveau diplôme

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 1996 à 2006. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

Tableau 62: IDHQ Comparaison de la pondération des critères des grilles de sélection de 2009 à 2018 pour un requérant seul

Requérant seul	Grille de 2009		Grille de 2013		Grille de 2014		Grille de 2015		Grille de 2017		Grille de 2018	
	Points maximum	Pondération n	Points maximum	Pondération n	Points maximum	Pondération n	Points maximum	Pondération n	Points maximum	Pondération n	Points maximum	Pondération n
Formation	28	26%	28	26%	30	28%	30	29%	26	26%	26	25%
Niveau de scolarité	12	11%	12	11%	14	13%	14	14%	14	14%	14	14%
Formation privilégiée										0%		0%
Domaine de formation	16	15%	16	15%	16	15%	16	16%	12	12%	12	12%
Diplôme de Québec										0%		0%
Deuxième spécialité										0%		0%
Expérience professionnelle	8	7%	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	8%
Âge	16	15%	16	15%	16	15%	16	16%	16	16%	16	16%
Connaissances linguistiques	22	21%	22	21%	22	20%	22	21%	22	22%	22	21%
Français	16	15%	16	15%	16	15%	16	16%	16	16%	16	16%
Études post secondaires en français										0%		0%
Anglais	6	6%	6	6%	6	6%	6	6%	6	6%	6	6%
Séjour et famille au Québec	8	7%	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	8%
Séjour au Québec	5	5%	5	5%	5	5%	5	5%	5	5%	5	5%
Famille au Québec	3	3%	3	3%	3	3%	3	3%	3	3%	3	3%
Emploi / Offre d'emploi validée	10	9%	10	9%	10	9%	10	10%	10	10%	14	14%
Emploi assuré										0%		0%
Profession en demande										0%		0%
Employabilité et mobilité professionnelle										0%		0%
Offre d'emploi validée dans la RMM	6	6%	6	6%	6	6%	8	8%	8	8%	8	8%
Offre d'emploi validée hors RMM	10	9%	10	9%	10	9%	10	10%	10	10%	14	14%
										0%		0%
Sous-total des points employabilité	92		92		94		94		90		94	91%
Seuil éliminatoire d'employabilité	42	39%	42	39%	42	39%	42	41%	43	43%	43	42%
										0%		0%
Enfants	8	7%	8	7%	8	7%	8	8%	8	8%	8	8%
12 ans ou moins (par enfants)	4	4%	4	4%	4	4%	4	4%	4	4%	4	4%
13 à 18 ans (par enfant)	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%	2	2%
Capacité d'autonomie financière	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%	1	1%
										0%		0%
Sous-total des points passage examen prélim	101		101		103		103		99		103	
Seuil de passage à l'examen préliminaire	49	46%	49	46%	49	45%	49	48%	50	51%	50	49%
Adaptabilité	6	6%	6	6%	6	6%	SUPPRIMÉ					
Qualités personnelles												
Motivation												
Connaissance du Québec												
Séjour études ou travail												
Autres séjours												
Parents au Québec												
Ami au Québec												
Total points maximum	107		107		109		103		99		103	
Seuil de passage en sélection	55	45%	55	45%	55	50%	49	48%	50	51%	50	49%

2014 (révisé) - Dans le cadre de l'ARM France-Québec pour la profession d'infirmière, DE=IBACC

¹ Je n'ai pas eu les listes de formations privilégiées

² Tests officiels à partir de 2013

Profession infirmière
12/16 pts pour domaine de formation
8 à 10/12 pts pour niveau diplôme

Profession infirmière
16/16 pts pour domaine de formation
8 à 10/12 pts pour niveau diplôme

Profession infirmière
12/16 pts pour domaine de formation
8 à 10/14 pts pour niveau diplôme

Profession infirmière
9/12 pts pour domaine de formation
8 à 10/14 pts pour niveau diplôme

Profession infirmière
6/12 pts pour domaine de formation
8 à 10/14 pts pour niveau diplôme

Synthèse de l'auteure à partir des grilles de sélections et des listes des domaines de formation privilégiés de 2009 à 2018. Source : MIDI, La Gazette officielle du Québec

En observant le Tableau 59 et le Tableau 60, on constate que, pour les IDHQ, le niveau et le domaine de formation combinés pèsent 13% dans la grille de 1996 alors qu'en 2006, il s'élève à 22% et augmente jusqu'à 25% en 2015 pour revenir à 22% en 2018.

Ainsi, si la grille de 2006 donnait 10 à 11 points sur 13 potentiels pour le niveau de diplôme et 5 points sur 12 potentiels pour le domaine de formation aux IDHQ, en 2009, elles peuvent obtenir 8 à 10 points sur 12 pour le niveau de formation et 12 points sur 16 potentiels pour le domaine de formation. Le maximum de points octroyés au domaine de formation est atteint pour les IDHQ sur la grille de 2013 avec 16 points sur 16, le nombre de points pour le niveau de diplôme restant inchangé.

En 2014, l'Arrangement de reconnaissance mutuel entre la France et le Québec pour les infirmières est mis en œuvre. C'est aussi cette année-là que le diplôme d'État des infirmières françaises est reconnu comme équivalent à un baccalauréat en sciences infirmières québécois. On peut se demander quel impact cela a eu sur les admissions des Françaises. L'augmentation importante du nombre de points pour le domaine de formation a-t-elle contribué à une augmentation significative du nombre d'infirmières ? Les mesures en faveur des IDHQ françaises ont-elles eu un impact sur le nombre d'admission de françaises au Québec à travers le PRTQ ?

On peut se poser ces questions lorsque l'on regarde la Figure 21. Si l'on compte un à deux ans, parfois trois, de traitement de dossiers, on voit effectivement une augmentation importante du nombre d'IDHQ admises jusqu'en 2014 puisque l'on passe de 273 admissions en 2009 à 830 en 2014. Cependant, malgré les points de 2013, l'ARM et la reconnaissance du Diplôme d'État d'infirmière (DEI) de France comme équivalent au baccalauréat en sciences infirmières du Québec en 2014, le nombre d'IDHQ admises affiche une baisse importante en 2014 avec seulement 611 admissions. Puis les admissions augmentent en flèche en 2016 et 2017, de manière assez surprenante.

On pourrait interpréter cette hausse comme le résultat de l'augmentation en 2013 des points de la grille, de l'ARM et de la reconnaissance du DEI. Mais lorsqu'on regarde les pays d'origine des IDHQ admises ces années-là (voir Tableau 54), ce ne sont pas les Françaises qui sont à l'origine de cette hausse.

Comme nous l'explique le MIFI lors de notre entrevue, il s'agit d'une utilisation de la grille par des consultants qui a permis à des Indiennes et des Philippines anglophones, qui ne se qualifiaient pour le programme de sélection du Canada, d'être sélectionnées par le Québec grâce aux points du domaine de formation et du niveau de diplôme, même si elles ne parlaient pas français, les points attribués à la formation pesant le quart de la note de passage.

C'est une perte pour le Québec car, comme elles sont anglophones, avec leur résidence permanente, selon le MIFI, elles ont quitté la province du Québec pour l'Ontario. Le MIFI a donc procédé à un « rééquilibrage » (MIDI) afin que cela ne se reproduise plus. Même si le nombre de points pour le niveau de diplôme est resté à 8 à 10, le nombre de points totaux maximum pour la formation est passé de 12 à 14 et les points octroyés au domaine de formation sont passés de 12/16 à 9/12 en 2017 puis finalement à 6/12 en 2018. Ce qui a fait baisser le poids du critère formation de 24-25% à 22%. Le MIFI a également augmenté le poids d'une offre emploi validée qui est passé de 8 à 12%. Ce qui est plus surprenant, c'est que le poids des connaissances linguistiques n'a que peu changé. Il était de 17% en 1996 et est à 18% en 2018, avec peu d'oscillation en 22 ans : entre 17 et 18%, seule la grille de 2017 a vu son taux augmenter à 19%.

3.1.2. *Légitimité et représentation de la sélection*

3.1.2.1. *Attentes professionnelles des IDHQ*

Toutes nos répondantes, qu'elles soient venues comme résidentes permanentes ou avec un permis de travail temporaire avaient les mêmes attentes professionnelles, soit exercer leur profession d'infirmière au Québec. Cependant, elles se sont rendu compte, pour certaines, que la réalité ne correspondait pas toujours à ce qu'elles avaient prévu.

Pour Franck et Manon, venir s'installer au Québec et exercer leur profession d'infirmier, c'était un projet de vie. Pour Gabriella, c'était un projet au début, mais les difficultés qu'elle a rencontrées l'ont faite changer d'avis et elle a choisi de se former dans un autre domaine. Mais finalement, elle est revenue à son projet initial d'être infirmière au Québec et a entamé les procédures de la reconnaissance de ses compétences. Nour n'avait pas beaucoup d'attentes au niveau professionnel. Elle voulait venir s'installer au Québec pour assurer un meilleur avenir à son bébé à naître. Tout comme Sarah, l'idéal « d'une autre vie qui sera meilleure que ce qu'on vit là-bas » dans le pays d'origine est très attractif, d'autant plus qu'on lui avait dit qu'« [é]tant infirmière, [...], c'étaient des domaines qui étaient recherchés ici ». Ce qui l'a convaincue de venir au Québec.

Pour Emmanuela et Patricia, c'était la possibilité « d'aller plus loin », « d'avoir de l'expertise » en plus de ce qu'elles avaient déjà. Emmanuela voulait améliorer ses connaissances car « avec les renseignements que j'ai pris depuis longtemps, on me disait qu'au Canada, les infirmiers sont vraiment, côté professionnel, ils sont vraiment bien formés et autres et qu'il y a beaucoup de choses à apprendre, concernant la santé, concernant aussi prendre soin des adultes tout au long de la vie, donc pourquoi ne pas me lancer aussi dans ça. » Elles viennent également comme Anna pour « avoir plus que ce qu'[elle] avai[t] dans [s]on pays ». Quelles que soient les difficultés, elles ne se voient pas faire autre chose et sont prêtes à commencer comme préposées aux bénéficiaires si nécessaire, comme en témoigne Anna : « Bon, si on me demande d'être préposée aux bénéficiaires, je le ferai, mais je vous dis que moi j'aurai un baccalauréat en soins infirmiers. Il faut que j'aie plus que ce que j'avais dans mon pays, je suis venue pour rechercher ça. Je serai une infirmière, ici. »

Pour Chloé, qui est venue avec un permis de travail temporaire et un contrat de travail, la situation était un peu différente. En emploi dès son arrivée, des perspectives professionnelles se sont dessinées sur place alors qu'elle n'avait pas encore réfléchi à la question.

Le fait qu'il y ait des études poussées aussi accessibles, la maîtrise, le doctorat. Ça, ça n'existe pas en France puis c'est quelque chose qui m'intéressait beaucoup. Puis en arrivant ici, effectivement, j'ai changé un peu de parcours professionnel. Je me suis intéressée à la toxicomanie, donc du coup, ça un petit peu changé. Mais voilà. (Chloé)

Camille avait « envie d'avoir une expérience professionnelle à l'étranger, voir ce que c'est aussi de travailler ailleurs. » et elle a entamé ses démarches pour être résidente. Elle aime son travail au Québec, même si parfois son « travail de France [lui] manque. »

Léa avait également envie d'avoir une expérience à l'étranger tout en mesurant la chance de pouvoir avoir ce choix.

Donc c'était plus d'aller voir comment on travaillait ailleurs parce qu'on avait aussi la chance de pouvoir le faire. Ce n'est pas n'importe qui qui se dit, bien si j'entamais trois ans de démarches puis que je payais des frais pour aller voir comment ça se passe ailleurs. Donc c'était vraiment pour voir comment ça se passait ailleurs. (Léa)

Il n'était pas question pour autant de retourner aux études, puisqu'elle a eu la reconnaissance de son baccalauréat, ni d'entamer d'autres études d'ailleurs, « ce n'était pas le plan » (Léa). Elle évoque certaines personnes immigrantes prêtes à retourner aux études et recommencer à zéro alors qu'elle n'était prête à faire « aucun compromis. »

Julie, originaire de France, a eu une mauvaise expérience du Québec. Arrivée en 2018, elle a dû « se battre » pour faire reconnaître son expérience et son diplôme comme équivalent au baccalauréat québécois. Elle a vécu beaucoup de frustrations. En France, elle mentionne qu'elle était IBODE, infirmière spécialisée qui a fait 1,5 ans de plus que la formation d'infirmière de trois ans, avec 10 ans d'expérience professionnelle. Elle n'a pas bénéficié des ARM et a donc dû faire un stage de 40 jours et passer l'examen de l'OIIQ. Elle nous a confié avoir dû toujours prouver qu'elle était compétente, avoir eu des difficultés d'intégration dans les équipes de travail et se faire toujours rappeler qu'elle était Française de façon négative. Tout cela a conduit à sa décision de quitter le Québec pour retourner en France, en 2019. Quand nous lui avons demandé quelles étaient ses perspectives, voici sa réponse :

Je rentre en France. C'est ça ma perspective. C'est tout ce que j'ai. Parce que je suis en train de me détruire. Je ne suis plus reconnue comme rien. Puis ici, on va signaler la moindre chose qui n'est pas bien faite. C'est ça. Alors que je ne suis pas la seule à avoir des imperfections. Mais là, c'est encore plus. J'ai un statut particulier donc c'est encore plus. Mais voilà, ce sont des choses vraiment ... c'est infantile. (Julie)

Un avocat qui accompagne les travailleurs temporaires nous a confirmé que les attentes des Françaises correspondent à « un projet [...] de vie personnelle mais que les procédures peuvent s'avérer « plus délicates pour les personnes qui passent un certain âge ou qui passent les 36 ans certainement. » (Avocat en immigration)

3.1.2.2. Représentation de la sélection par les acteurs et les IDHQ

Pour le MIDI, la sélection des immigrants, nous l'avons vu dans le chapitre sur les DHCEU, s'inscrit dans une vision utilitariste de l'immigration : le gouvernement sélectionne des personnes

pour leur potentiel à bien gagner leur vie en octroyant des points au niveau d'étude et au domaine de formation et pour répondre à des besoins de main-d'œuvre. En donnant plus de points à certaines professions qu'à d'autres, le message que veut envoyer le Ministère n'est pas perçu et reçu par les immigrants de la même façon, et le MIDI en a tout à fait conscience :

C'est, ils m'ont sélectionné parce que j'étais pharmacien, je devrais pouvoir être pharmacien. Non. Si on analyse ça froidement, la liste des domaines, ce n'est pas ça qu'elle dit. La liste des domaines ce qu'elle dit c'est : on vous a donné un bon pointage parce que vous allez bien gagner votre vie, ce n'est pas pareil. [...] Ce qui est une nuance importante, et ce n'est pas compris comme ça par la personne à l'étranger. (MIDI)

La personne immigrante ne perçoit pas qu'elle est sélectionnée en fonction d'un besoin du marché du travail, mais en fonction de sa profession, qu'elle pourra exercer rapidement à son arrivée. Franck nous le confirme d'ailleurs: « C'est tout ça qui nous a motivés. Et on avait toutes les chances selon la grille d'être sélectionnés. »

S'agissant des infirmières, l'octroi de beaucoup de points pour le domaine de formation, qui correspond à un besoin sur le marché du travail identifié par le MTESS, renforce le message que la sélection se fait sur la profession et que les personnes immigrantes auront toutes leurs chances de trouver un emploi comme infirmière. La plupart des acteurs rencontrés ont d'ailleurs la même perception que les IDHQ. Le cégep Édouard Montpetit par exemple nous dit : « Pour le moment, c'est quand même une classe de profession qui est en priorité. Fait que quelqu'un peut rentrer juste parce qu'il est dans le pays ou juste parce que la personne est infirmière. »

Si le nombre de points obtenus grâce à la profession et au niveau d'étude permet de recevoir le CSQ délivré par le Québec, Anna nous a fait part de sa grande surprise, voire d'un sérieux questionnement sur ses possibilités de travailler comme infirmière lors de son entrevue avec un conseiller du MIDI. La personne lui a remis son CSQ en entrevue a également noté sur le document et dans son dossier « préposée aux bénéficiaires et infirmière auxiliaire ». On peut se questionner sur la compétence de ce conseiller ou de cette conseillère à porter un jugement et considérer sa candidature comme préposée aux bénéficiaires ou infirmière auxiliaire alors qu'elle est infirmière. Anna était particulièrement insultée de cette décision : « Pourquoi on me dit préposée aux bénéficiaires? Pourquoi on me dit infirmière auxiliaire? Moi, je m'en vais au Canada pour être infirmière. Je suis compétente! » (Anna)

Le commentaire le plus courant que nous ont fait les IDHQ rencontrées par rapport à la sélection concerne les stratégies adoptées. En effet, et particulièrement pour les Françaises, mais pas seulement, il est intéressant d'être infirmière et elles ont l'impression d'être sélectionnées pour cela, mais les procédures sont tellement longues que certaines préfèrent venir avec un statut temporaire.

Par exemple, Gabriela, diplômée du Brésil, a choisi de venir comme étudiante internationale pour ensuite faire une demande de programme de l'expérience québécoise (PEQ) à cause de la longueur du processus de sélection du programme régulier des travailleurs qualifiés (PRTQ). Elle pense que le gouvernement a également envoyé un message fort et négatif à ces candidats qui « sont découragés » lors des modifications législatives de 2019 et de l'adoption du Projet de loi 9¹⁷⁷ parce que « les 18 000 dossiers qui ont été, je ne sais pas comment ça s'est passé après, mais on a été jeté dans la poubelle. Donc ça décourage vraiment beaucoup de gens à venir ici, habiter au Québec. »

Chloe et Camille, deux Françaises, ont préféré la voie du permis de travail temporaire, qui leur assure un emploi et la reconnaissance quasi immédiate de leurs compétences avec un permis restrictif pour ensuite faire une demande de PEQ.

3.1.3. *Limites des outils de sélection et de la coordination des acteurs*

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre sur les DHCEU, en 2011 le Vérificateur général du Québec (2011) remettait en question l'efficacité de la grille de sélection des immigrants du PRTQ. Comme elle permet d'évaluer un « potentiel », les immigrants peuvent être sélectionnés sans garantie d'exercer leur profession en arrivant au Québec. Nous avons vu également que plusieurs IDHQ ont été sélectionnées par le Gouvernement alors qu'elles sont anglophones, voire allophones, et qu'elles ne restent pas au Québec. Donc elles ne répondent pas aux attentes du gouvernement concernant la pérennité du français ou aux besoins du marché du travail. Les IDHQ ne font pas partie des candidats évoqués par le Vérificateur général du Québec (2011, p. 3.3) qui faisait état que, entre 2006 et 2008, « seulement 9 p. cent des candidats sélectionnés présentaient un profil répondant aux exigences dans les domaines de formation privilégiés par le Québec; 65 p. cent des travailleurs qualifiés sélectionnés n'ont eu aucun point pour le domaine de formation. La note de passage a été obtenue surtout grâce à d'autres caractéristiques (niveau de scolarité, âge et connaissance du français). »

Certains acteurs comme le CIQ pensent que les changements opérés en 2018 dans le processus de sélection par le MIFI avec le système de déclaration d'intérêt et la sélection de candidats répondants parfaitement aux besoins du marché du travail sont une bonne chose. Selon lui, « l'énorme progrès des dernières années, c'est la déclaration à l'intérêt. » En travaillant « en amont » de la sélection, on s'assure « dans la mécanique de la déclaration d'intérêt qu'on puisse capter, distinguer la personne

¹⁷⁷ Le projet de loi 9 a été adopté le 15 juin 2019. Intitulée « Loi visant à accroître la prospérité socio-économique du Québec et à répondre adéquatement aux besoins du marché du travail par une intégration réussie des personnes immigrantes », la loi prévoyait supprimer 18 000 dossiers d'immigration non-traités.

<http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2019C11F.PDF>

qui a fait l'effort de regarder un ordre professionnel, de faire une demande, etc. [...] Si on sélectionne mieux à l'entrée, c'est tout le reste qui est assuré. »

Le Commissaire lui, pense qu'il faudrait « [u]ne grille de points qui varie d'une année à l'autre lorsqu'on s'aperçoit que on a trop donné dans un et pas assez dans l'autre, puis on veut ajuster les profils. [...]]. Donc c'est un système qui pourrait bien fonctionner si on calibre bien les points pour les professions en demande. »

Cette première section s'est intéressée à la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des IDHQ durant le processus d'immigration. Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre précédent concernant les DHCEU, nos résultats montrent que le MIFI se coordonne avec plusieurs autres acteurs et se dote d'outils d'évaluation des compétences des IDHQ afin de réduire ses incertitudes sur le potentiel des candidates à l'immigration de bien gagner leur vie. Pour ce faire, il utilise une grille de sélection et une liste de domaines de formation dans lesquelles plusieurs points sont octroyés en fonction, entre autres, du niveau de diplôme, de la profession, de l'expérience ou encore de la connaissance du français des candidats à l'immigration. Pour bâtir ces deux outils, le MIFI travaille en étroite collaboration avec le MTESS et s'appuie sur trois sources : la *liste des professions en demande et les perspectives d'emploi* déterminées chaque année par le MTESS, les résultats de l'*Enquête Relance* sur la situation d'emploi des diplômés du MEES et les données de la BDIM de Statistique Canada sur les revenus des personnes immigrantes par profession.

Ainsi, nos résultats montrent que la profession d'infirmière faisant partie des professions en forte demande permet aux IDHQ candidates à l'immigration de recevoir beaucoup de points non seulement pour leur niveau de diplôme, mais également pour leur domaine de formation et leur expérience professionnelle. Ceci leur permet donc d'espérer exercer légitimement leur profession en arrivant au Québec. Néanmoins, les outils et critères utilisés par le Gouvernement ont montré leurs limites pour répondre aux objectifs de sélection du MIFI. En effet, un nombre très important d'infirmières anglophones ne se qualifiant pas pour le programme d'immigration du Canada ont réussi, grâce aux points octroyés pour la formation et le diplôme, à être admises au Québec. Cependant, ces dernières ne restent pas dans la province.

Après le processus d'immigration, nous examinons dans une deuxième section, le processus de la reconnaissance des compétences des IDHQ.

3.2. Durant le processus de reconnaissance des compétences

Dans cette deuxième section, nous passons en revue les différentes étapes par lesquelles les IDHQ doivent passer pour faire reconnaître leurs compétences et obtenir leur permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) afin de pouvoir exercer leur profession. Nous y présentons également les acteurs de la reconnaissance des compétences des IDHQ, les outils et critères qu'ils mettent en œuvre pour évaluer les compétences des IDHQ afin de réduire leurs incertitudes et la façon dont ils se coordonnent pour ce faire.

Cette section est découpée en trois sous-sections. Premièrement nous présentons les outils institutionnels de la reconnaissance des compétences utilisés par l'OIIQ pour l'étude du dossier des IDHQ, soit le référentiel de compétences Mosaïque et l'évaluation comparative des études effectuées hors Québec du MIFI. L'OIIQ propose le résultat de son analyse sous la forme d'une prescription envoyée aux IDHQ. Nous faisons également état des blocages vécus par les IDHQ ainsi que des éléments facilitant cette étape. Deuxièmement, nous précisons les étapes par lesquelles doivent passer les IDHQ en fonction de la reconnaissance de la formation initiale. Nous détaillons ainsi les différentes épreuves selon la prescription de l'Ordre ou les conditions liées à l'ARM pour les IDHQ formées en France. Les blocages et les éléments facilitant le processus durant ces épreuves sont également mentionnés. Troisièmement, nous examinons la légitimité des IDHQ et la reconnaissance institutionnelle des compétences en expliquant l'importance accordée par les acteurs de la reconnaissance aux normes et standards nord-américains, notamment concernant le rôle de l'infirmière au Québec et son degré d'autonomie. Nous montrons également la perception de l'examen de l'OIIQ par les IDHQ.

3.2.1. Les outils institutionnels d'évaluation et de reconnaissance des compétences

Nous présentons dans cette première sous-section les trois outils institutionnels d'évaluation et de reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ : Mosaïque, le référentiel des compétences cliniques de l'infirmière de l'OIIQ, l'évaluation comparative des études effectuées hors Québec du MIFI et la prescription de l'OIIQ.

3.2.1.1. La Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : le référentiel de compétences de l'OIIQ

Le référentiel de compétences utilisé par l'OIIQ intitulé la *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière* repose sur deux documents de référence : *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007) qui « définit la vision actuelle de

la qualité de l'exercice, en tenant compte des transformations du système de santé et de la complexité accrue des soins infirmiers . Il décrit la nature de l'exercice de la profession et réfère à la qualité de l'exercice plutôt qu'à la compétence professionnelle. » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009a) et *Le Plan directeur de l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec* (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1999).

Conçu en 2001, et mis à jour en 2009, la Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière est le référentiel des compétences utilisé pour l'évaluation des infirmières et infirmiers formés au Québec dans les programmes de formation et pour l'examen de l'OIIQ. C'est un référentiel québécois élaboré par l'OIIQ. Il est également utilisé pour l'évaluation des compétences des IDHQ lors des stages de 40 et 75 jours. Les cégeps et l'OIIQ nous ont appris qu'il a aussi servi de base à l'élaboration du programme d'intégration à la profession d'infirmière offert au Québec aux IDHQ. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2009a, p. 8), « La Mosaïque des compétences cliniques initiales constitue le référentiel des compétences nécessaires pour exercer la profession d'infirmière au Québec. Elle s'inscrit dans les tendances nationales, nord-américaines et internationales en matière de compétences requises, en vue d'assurer la mobilité et la coopération de la main-d'œuvre infirmière ». Gagnon (2014) le présente ainsi :

En 2001, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a conçu une Mosaïque des compétences cliniques. Celle-ci a été mise à jour en 2009. Au collégial et au 1er cycle, la mosaïque constitue le référentiel des compétences nécessaires pour exercer la profession d'infirmières au Québec dans les divers domaines cliniques. Ce référentiel est utilisé dans plusieurs cours cliniques pour élaborer les contenus enseignés. Il comprend trois composantes : composante fonctionnelle, composante professionnelle et composante contextuelle. Au 2ème cycle, les compétences de base en pratique infirmière avancée décrites par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) sont fréquemment utilisées. Ces compétences sont regroupées dans cinq grands domaines : compétences cliniques, recherche, leadership, collaboration et communication, et agent de changement. (Gagnon, 2014)

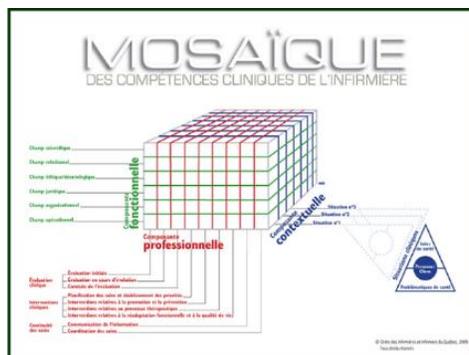
Le référentiel Mosaïque définit les compétences initiales attendues de « l'infirmière débutante à son admission dans la profession » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009a, p. 7).

L'examen de l'OIIQ permet de valider que l'infirmière maîtrise ces compétences initiales.

Définie dans une optique de mobilité de la main-d'œuvre, la mosaïque des compétences cliniques initiales de l'infirmière constitue le référentiel des compétences pour l'admission à la profession d'infirmière au Québec. Ce document introduit également le concept de la mosaïque qui permet, quant à lui, de représenter et de définir les compétences cliniques de l'infirmière à diverses étapes de son développement professionnel. Il s'agit d'un modèle de la compétence clinique de l'infirmière qui peut être utile aux infirmières qui travaillent dans les différents domaines de la discipline, que ce soit la pratique clinique, la formation, la gestion ou la recherche. Cette deuxième édition tient compte des nouvelles dispositions de la Loi sur les infirmières et les infirmiers faisant suite à l'entrée en vigueur de la « Loi 90 », ainsi

que de l'évolution de la profession. (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021a)

Figure 25: La mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière



La mosaïque des compétences Figure 25 est représentée sous la forme d'un grand cube, composé lui-même de plusieurs cubes, représentant dans la hauteur la composante fonctionnelle, dans la largeur la composante professionnelle et dans la profondeur la composante contextuelle des compétences de l'infirmière. Il est expliqué dans le référentiel que « [c]haque petit cube de la mosaïque défini par l'intersection des trois composantes correspond à l'utilisation de connaissances provenant d'un champ de savoirs (composante fonctionnelle) pour la réalisation d'un élément d'exercice lié à une dimension professionnelle (composante professionnelle) dans une situation clinique donnée (composante contextuelle). » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2009a, p. 10) Les documents utilisés par l'OIIQ pour les évaluations des stagiaires IDHQ et pour la préparation aux examens reprennent le schéma de la mosaïque avec les composantes des compétences et les attentes par rapport à ces compétences. La Mosaïque des compétences est disponible sur le site de l'OIIQ¹⁷⁸, en français et en anglais.

3.2.1.2. L'évaluation comparative des études effectuées hors Québec du MIFI

Plusieurs ordres professionnels et certains employeurs demandent aux personnes immigrantes de joindre à leur dossier une Évaluation comparative des études effectuées hors Québec. Ce document, délivré par le MIFI, est « un avis d'expert que [le MIDI] fournit aux individus, pour leur donner un comparable québécois » (MIDI). Le MIFI insiste sur le fait que ce document n'est pas une équivalence de diplôme ni « une décision administrative », information qui est clairement précisée sur le site du Ministère où l'on peut lire que « [l]'évaluation comparative établit une comparaison

¹⁷⁸ Le tarif en vigueur le 14 juillet 2021 sur le site de l'OIIQ est de 23,66\$ pour les membres et de 26,29\$ pour les non-membre. <https://www.oiiq.org/mosaïque-des-compétences-cliniques-de-l-infirmière-compétences-initiales-2e-édition?inheritRedirect=true&redirect=%2Fpratique-professionnelle%2Fdeveloppement-professionnel%2Fpublications>

générale entre deux systèmes éducatifs officiels. Elle indique à quels repères scolaires (ou principaux diplômes) et à quels domaines de formation peuvent être comparées les études effectuées à l'étranger. » Notre répondant au MIFI a bien insisté sur le fait que c'est une « comparaison », un « avis d'expert » et pas une équivalence de diplôme. C'est une confusion concernant l'évaluation comparative que font plusieurs immigrants et employeurs. Par exemple, Franck nous explique que « [...] lorsqu'on fait l'évaluation comparative au niveau du Québec, du MIDI, ils donnent un diplôme. Le diplôme qu'ils donnent, c'est différent du diplôme qu'on a après. » Grâce raconte que « quand ils ont fait l'étude comparative, ils m'ont dit que j'avais un DEC, un Diplôme d'études collégiales avec une année universitaire. » Ce n'est pas le cas pour les acteurs des institutions gouvernementales et du système professionnel qui connaissent parfaitement le document et qui savent comment il est élaboré. Ainsi, pour l'OIIQ, il est bien établi que « ils ne regardent pas le contenu. Ils regardent le nombre d'années, c'est tout. [...] ils ne se prononcent pas sur : ah, un bac en sciences infirmières au Liban, c'est équivalent à un bac en sciences infirmières au Québec. Ce n'est pas ça. Ils ont fait des études universellement. Fait que c'est un bac. Mais est-ce que le contenu de la formation est l'équivalent, ça, ils ne font pas cette évaluation-là, le MIFI. » Le MSSS nous a précisé que « le MIDI va faire les évaluations comparatives des études effectuées hors Canada, qui va venir statuer, est-ce que c'est au niveau collégial, au niveau universitaire, de quel niveau universitaire qu'il s'agit. »

L'évaluation comparative n'est pas demandée par tous les ordres professionnels. Par exemple, le Collège des médecins n'a pas cette exigence. En revanche, c'est une obligation pour faire une demande auprès de l'OIIQ.

Il n'est pas nécessaire d'être au Québec ou d'avoir un statut migratoire particulier (résident permanent, travailleur temporaire par exemple) pour faire une demande d'évaluation comparative. Cependant, c'est la personne immigrante, ou candidate à l'immigration, qui doit faire la demande d'évaluation comparative auprès du MIFI. La majorité de nos répondantes (9 sur 13) ont fait leur demande d'évaluation comparative en même temps que leur dossier d'immigration afin d'accélérer le processus et avoir la prescription de l'OIIQ en arrivant au Québec. L'OIIQ conseille aux IDHQ candidates à l'immigration de commencer leurs démarches de reconnaissance avant d'arriver au Québec, donc de faire la demande d'évaluation comparative alors qu'elles sont encore dans leur pays de départ. D'ailleurs c'est une information qui est transmise aux IDHQ par des organismes comme Qualifications Québec qui explique : « On leur dit même, vous n'avez pas besoin d'être immigrant, vous pouvez faire, on peut faire une demande à un ordre sans, sans être immigrant, sans avoir CSQ, sans rien. On leur dit maintenant. Donc, j'espère que ça va changer. J'espère qu'ils vont comprendre. C'est ce qu'on essaie de transmettre comme message, à travers tout ce qu'on a écrit. »

Enfin, les IDHQ qui font une demande de reconnaissance auprès de l'OIIQ et qui bénéficient de l'ARM¹⁷⁹ n'ont pas à fournir l'évaluation comparative du MIFI pour faire leur demande. Nous avons posé la question à nos répondantes françaises venues dans le cadre de l'ARM et elles nous ont confirmé ne pas avoir eu à faire la demande. Cependant, certaines connaissent le document et, à l'instar de Manon qui « n'a jamais fait l'équivalence », pensent que c'est une équivalence de diplôme.

3.2.1.3. La prescription de l'OIIQ

Lorsqu'une IDHQ fait une demande de reconnaissance auprès de l'OIIQ, celui-ci, après étude du dossier, va établir une prescription dans laquelle sont détaillées la formation d'appoint à suivre ou le stage de mise à niveau à réaliser avant de pouvoir passer l'examen de l'OIIQ et obtenir un permis régulier d'exercice de la profession. Cette procédure ne s'applique pas aux infirmières bénéficiant d'un ARM puisque celles-ci vont automatiquement, en fonction de ce que l'ARM a établi, faire un stage de 75 jours dans un établissement de santé.

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017a), le nombre de demande de reconnaissance par les IDHQ est passé de 294 en 2009-2010 à 900 en 2013-2014. Cependant, l'OIIQ a enregistré moins de 600 demandes en 2015-2016 et 2016-2017. Ces chiffres ne tiennent pas compte des IDHQ françaises. L'OIIQ précise que le temps moyen de traitement du dossier est passé de 148 à 82 jours entre 2014 et 2016.

Les IDHQ que nous avons rencontrées ont fait une demande auprès de l'OIIQ entre 2008 et 2018. Nous avons recueilli des témoignages qui font état du traitement de la demande de reconnaissance antérieur aux modifications qui ont été opérées en 2021 par l'OIIQ¹⁸⁰. Nous le mentionnons ici car certains blocages que nous identifions dans la section suivante ont été pris en considération par l'OIIQ pour le traitement des demandes depuis. La prescription, elle, n'a pas changé.

Les IDHQ font d'abord une demande de trousse auprès de l'OIIQ dans laquelle se trouve la liste des documents à fournir, ainsi que plusieurs documents explicatifs. À notre demande, l'OIIQ nous a transmis cette trousse. Elle comprenait : le Document explicatif des étapes pour obtenir un permis d'exercice de l'OIIQ à l'intention de l'infirmière diplômée hors Canada en français et en anglais, le formulaire de demande de reconnaissance d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de

¹⁷⁹ Pour rappel, les ARM font partie de l'Accord Québec-France. Pour les infirmières ayant obtenu leur diplôme en France et qui répondent aux critères fixés par l'ARM voir 2.2 Parcours de reconnaissance des compétences des IDHQ au Québec

¹⁸⁰ L'OIIQ a présenté ces changements lors du colloque de la Chaire de recherche sur l'intégration et la gestion de diversités en emploi (CRIDE) dans le cadre du 88e Congrès de l'ACFAS. <https://www.cride.chaire.ulaval.ca/activites/actes-et-videos-du-colloque-de-la-cride-au-88e-congres-de-lacfas>.

la délivrance d'un permis à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les directives pour compléter le dossier de demande, le formulaire de paiement des frais de dossiers, l'attestation du programme d'études à faire compléter par l'établissement d'enseignement qui a délivré le diplôme, l'attestation d'enregistrement à l'organisme autorisant la pratique de la profession, une attestation d'expérience professionnelle à faire signer par les précédents employeurs. La façon de faire une demande depuis 2021 a un peu changé, les demandes se font en ligne après avoir ouvert un compte, mais les critères d'évaluation du dossier de demande de reconnaissance des IDHQ restent les mêmes.

L'information demandée par l'OIIQ lui permet de vérifier l'authenticité du ou des diplômes. L'OIIQ, pour faire l'évaluation du dossier d'une IDHQ, s'appuie sur le *Règlement sur les normes d'équivalence de diplôme ou de la formation aux fins de la délivrance d'un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*¹⁸¹ « qui est formulé en termes d'heures de formation » (OIIQ). Ainsi, pour chacun des dossiers, « de façon individuelle » (OIIQ), l'Ordre vérifie le nombre d'heures de formation réalisées dans chacune des spécialités de la profession par rapport à ce qui se fait au Québec et qui est au Règlement. De plus, l'expérience professionnelle est prise en considération dans les critères d'évaluation du dossier. Ainsi, « [q]uelqu'un qui pourrait avoir eu moins d'heures finalement officielles dans son programme de formation mais qui a travaillé par la suite, peut-être même pas dans son pays, peut-être dans un autre pays dans ce domaine-là, bien le comité va en prendre compte, va tenir compte de cet aspect-là » (OIIQ).

En fonction de l'évaluation des heures de formation et de l'expérience professionnelle, le Comité d'évaluation établira une **prescription** pour une **formation d'appoint** ou un **stage de 40 jours**. Comme nous l'a expliqué l'OIIQ lors de notre entrevue, si « la formation et l'expérience s'approchent du profil d'une nouvelle infirmière au Québec », alors l'IDHQ peut « recevoir [...] une prescription de stage un peu comme l'ARM, un stage en milieu clinique où le milieu clinique est responsable de remplir une grille d'évaluation des compétences pour certifier que l'intégration se passe bien, les compétences sont au rendez-vous ». Si le Comité d'évaluation considère qu'il y a « une différence trop grande entre la diplomation et ce qu'on s'attend au Québec », l'IDHQ se verra prescrire une formation d'appoint dans un des cinq cégeps du Québec offrant le *Programme d'attestation d'études collégiales (AEC) Intégration à la profession infirmière au Québec*. Selon les cas, l'OIIQ va prescrire « une AEC simple ou une AEC avec l'ajout de la clientèle, [...] soit de la santé mentale ou de la périnatalité, ce qu'on voit qui manque le plus souvent » (OIIQ).

¹⁸¹ <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%2016%20/>

Nous rappelons que cette analyse ne concerne pas les infirmières venant avec un ARM. Des discussions préalables au niveau institutionnel entre le Québec et la France ont déjà permis de faire l'analyse de la formation initiale, ce qui a donné lieu à une prescription unique d'un stage de 75 jours en milieu clinique.

Ainsi, en-dehors des IDHQ venant avec un ARM, chaque dossier est analysé « au cas par cas » (OIIQ, MSSS). L'Ordre insiste sur le fait qu'il ne se base pas sur le diplôme obtenu pour évaluer le dossier et établir la prescription, mais sur le contenu des formations pour valider qu'il correspond à ce qui est fait au Québec selon le règlement.

Puis on ne reconnaît pas le bac. En fait, on ne regarde pas si un bac, si c'est un cégep. On regarde le contenu de la formation et est-ce que le contenu répond minimalement à ce qu'on a dans notre règlement. Le règlement est fait en fonction du cégep. Il n'est pas fait en fonction du bac. Donc je dirais que la comparaison se fait actuellement par ce qui est attendu dans le DEC (OIIQ)

Une fois la prescription envoyée, les IDHQ peuvent s'inscrire dans un des cinq cégeps offrant la formation d'appoint pour faire l'AEC ou trouver un établissement de santé qui acceptera de les accueillir pour le stage de 40 jours.

Dans le Tableau 63 qui présente les prescriptions reçues par nos répondantes, nous constatons que les IDHQ que nous avons rencontrées et qui sont venues avec l'ARM ont réalisé un stage de 75 jours. Nour et Julie, qui viennent respectivement du Liban et de France, se sont vu prescrire un stage de 40 jours. Emmanuela, Franck, Grâce, Anna et Sarah qui ont des diplômes de Côte-d'Ivoire et du Cameroun, ainsi que Patricia qui vient de République dominicaine doivent aller au cégep et s'inscrire à l'AEC. Le dossier de Gabriela est en cours de traitement à l'OIIQ.

Tableau 63: Prescription reçue par les IDHQ rencontrées

Code prénom	Pays de diplomation	ARM (O/N)	Prescription OIIQ	Emploi actuel
Emmanuela	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep	Préposée aux bénéficiaires
Franck	Cameroun	Non	AEC - cégep	CEPI
Grâce	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep	Infirmière
Patricia	République dominicaine	Non	AEC - cégep	Infirmière
Anna	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep	Infirmière auxiliaire
Sarah	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep	Préposée aux bénéficiaires
Julie	France	Non	Stage - 40 jours	Infirmière clinicienne
Nour	Liban	Non	Stage - 40 jours	Infirmière clinicienne
Camille	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Chloe	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Léa	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Manon	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Gabriela	Brésil	Non	Dossier en cours	Chômage COVID 19 - Démarches OIIQ

Durant ce processus administratif de demande de reconnaissance, les acteurs et les IDHQ rencontrés nous ont fait part de plusieurs enjeux, voire de blocages ou encore, certains ont fait mention de conditions facilitant le processus. Nous les présentons dans les deux sections suivantes.

3.2.1.4. Les blocages

3.2.1.4.1. *La constitution du dossier de demande auprès de l'ordre*

L'OIIQ, les cégeps et les IDHQ rencontrés nous ont tous parlé de la difficulté rencontrée par les IDHQ à collecter toutes les informations demandées dans leur dossier, notamment parce qu'il faut des sceaux originaux certifiant la conformité des documents, la signature des anciens employeurs et que ces documents doivent être envoyés par les signataires à l'OIIQ, sans passer par les IDHQ. C'est d'autant plus compliqué quand les IDHQ commencent leurs démarches une fois arrivées au Québec. Franck nous fait remarquer que l'administration dans certains pays, c'est beaucoup plus complexe qu'au Québec et réussir à obtenir la signature de toutes les instances mentionnées occasionne des délais et beaucoup de démarches.

Et parfois, il y a des documents, ils demandent un document. Ils sont compliqués à avoir parce que l'administration, chez nous, c'est compliqué, ce n'est pas ici. Parfois, on est obligé à chaque fois de justifier les documents qu'on envoie. Parce que pour faire un dossier à l'Ordre professionnel ici, il faut avoir des papiers qu'on a signés à ton établissement scolaire, à ton lieu de travail, avoir un certificat de travail. Pour avoir un certificat de travail chez nous, ce n'est pas évident. (Franck)

Ces délais se répercutent dans le traitement de dossier car l'Ordre n'étudiera la demande que lorsque le dossier sera complet. Ce sont souvent des allers et retours entre l'OIIQ et les établissements dans le pays d'origine pour les IDHQ à la recherche de leurs documents et valider auprès de l'Ordre qu'il les a bien reçus. Pour Franck par exemple, cela a occasionné des délais importants et beaucoup de frustration. Camille, elle, a qualifié de « parcours du combattant » l'obtention de certains documents en France alors qu'elle était déjà au Québec.

Ces difficultés sont connues des cégeps qui en ont entendu parler par leurs étudiants.

Ce que les étudiants me rapportent, c'est que c'est l'attente qui est longue puis faire venir les documents des fois qui est difficile. Ça l'air que c'est d'avoir les documents qui est difficile ou qui est long. [...] Pour envoyer leurs documents, il manque souvent des choses et puis pour aller les chercher dans leur pays, s'ils ne sont pas sur place, surtout ça dépend des pays aussi. [...] C'est ça qui fait que ça retarde des fois. (John Abbott College)

Pour l'OIIQ, cela « fait en sorte que la personne a une perception que le traitement de sa demande est très long parce que c'est quoi, le délai entre le moment où elle dépose sa demande et le moment où on reçoit des dossiers ou des documents de son établissement d'enseignement pour dire quelque

chose. Et là, elle va nous appeler constamment pour avoir des nouvelles sur son dossier mais nous, on attend un document. » L'OIIQ a ainsi décidé depuis 2021 de modifier un peu la procédure et estime « qu'avec [leurs] nouveaux processus, justement, [ils vont] éliminer cette situation-là puis [ils vont] seulement accepter des dossiers complets et non pas des dossiers qu'on garnit au fur et à mesure et qu'on ne sait jamais si les gens ont peut-être même abandonné la démarche ».

3.2.1.4.2. *Les coûts*

Pour les IDHQ rencontrées, les coûts liés à la demande d'évaluation du dossier par l'OIIQ (évaluation comparative du MIFI, frais d'envoi de documents demandés) ne sont pas vraiment un blocage mais plutôt un irritant. Quand l'hôpital où elle travaillait en France a refusé de payer les frais d'envoi des documents demandés par l'OIIQ, Chloé les a trouvés « un peu cheap » et a payé elle-même. Certaines trouvent que 700\$ ou 800\$ d'ouverture de dossier, c'est vraiment cher. Gabriela par exemple a différé sa demande de reconnaissance auprès de l'OIIQ parce qu'elle trouvait que c'était trop cher. Donc pour elle cela a peut-être été un blocage, mais elle n'était pas sûre de faire la démarche de reconnaissance non plus. Les Françaises que nous avons rencontrées venues avec l'ARM nous ont expliqué avoir dû s'inscrire à leur Ordre professionnel en France (c'est une des conditions de l'ARM) et la différence de tarif les a surprises. C'est 30€ par an en France, soit autour de 45\$, alors que l'inscription à l'OIIQ est de plus de 480\$¹⁸²

3.2.1.5. *Les facilitants*

Selon les IDHQ rencontrées, ce qui a facilité le processus c'est de commencer leurs démarches avant d'arriver au Québec. Elles ont profité du traitement de leur dossier d'immigration pour faire la demande d'évaluation comparative auprès du MIFI et ont ouvert leur dossier à l'OIIQ. En étant sur place, elles ont eu accès plus facilement aux établissements qui avaient délivré leur diplôme et à leurs anciens employeurs. Elles ont pu également étaler les dépenses liées à ces démarches. Si bien qu'en arrivant, elles étaient prêtes à s'inscrire au Cégep.

Pour les IDHQ venant avec l'ARM, les démarches sont raccourcies du fait de ne pas avoir à faire la demande l'évaluation comparative du MIFI ni de dossier à compléter pour l'OIIQ.

Après avoir présenté les outils d'évaluation des compétences professionnelles des IDHQ de l'OIIQ pour établir sa prescription, nous détaillons dans la prochaine sous-section les épreuves de reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ et comment s'articule leur mise à niveau.

¹⁸² OIIQ. Cotisation annuelle. <https://www.oiiq.org/inscription-au-tableau/cotisation>

3.2.2. Une reconnaissance en fonction de la formation initiale

Comme nous l'avons vu dans la section précédente, les IDHQ, avant de pouvoir obtenir leur permis d'exercice de l'OIIQ, vont devoir passer par un processus différent en fonction de la reconnaissance de leur formation initiale selon la prescription de l'OIIQ ou découlant de l'ARM pour les IDHQ formées en France.

Nous présentons dans cette sous-section les étapes par lesquelles doivent passer les IDHQ, les blocages et les facilitants à la réussite de ces épreuves. Nous commençons par la formation au cégep et les deux types de stages demandés. Puis nous examinons l'examen et les outils de préparation à cette épreuve ainsi que les possibilités de financement offertes aux IDHQ. Nous finissons par les blocages et les facilitants.

3.2.2.1. La formation d'appoint – AEC Programme d'intégration à la profession infirmière

3.2.2.1.1. Historique

L'accompagnement des IDHQ au cégep a débuté en 2000 au Cégep Maisonneuve pendant deux ans. Cependant, comme nous l'a appris la personne rencontrée au cégep du Vieux-Montréal, la mise à niveau et l'intégration des IDHQ n'étaient pas adaptées à la situation, voire « catastrophique », car elles étaient intégrées dans la troisième année du DEC en soins infirmiers et le nombre de cours à suivre pouvait nécessiter plusieurs années d'études.

Donc à l'époque, ces gens-là rentraient au Cégep Maisonneuve dans des cours du régulier. Donc ils rentraient dans des cours où c'était en général en troisième année. Les gens étaient complètement perdus, les gens qui venaient d'ailleurs. En tout cas, ça été une catastrophe. Une catastrophe. En plus, s'il y avait quelqu'un qui avait cinq cours à faire, un cours se donnait à la session 1 et après, il se donnait à la session 4. Donc la personne devait attendre trois mois ou quatre mois avant. (cégep du Vieux-Montréal)

Une réflexion a alors été menée entre plusieurs partenaires : « le cégep Maisonneuve, le CAMO-PI, l'OIIQ, Emploi-Québec, le MIFI, le MSSS et l'Hirondelle » (cégep du Vieux-Montréal). Il a alors été décidé de créer un programme spécialement destiné aux IDHQ. Le cégep Maisonneuve et le cégep du Vieux-Montréal ont été les premiers à donner le programme d'intégration à la profession d'infirmière destiné aux IDHQ en 2002 via la Formation continue. Les IDHQ bénéficiaient du suivi de l'organisme l'Hirondelle « parce qu'on voulait un organisme qui allait accompagner ces gens-là tout au long du parcours, un accompagnement de type plus, je dirais, psychosocial, si on peut dire. C'est un programme qui est extrêmement exigeant étant donné que c'était le début en plus » (cégep du Vieux-Montréal). L'organisme en a profité également pour faire de l'accompagnement en interculturel auprès des professeurs parce que « [c]e ne sont pas tous les professeurs qui sont

capables de se trouver face à 18, 20 ou 30 élèves, c'est les Nations Unies, qui viennent de partout dans le monde. » (cégep du Vieux-Montréal).

En 2021, les quatre cégeps francophones et un cégep anglophone dispensent l'AEC *Intégration à la profession infirmière au Québec* : Les cégeps Édouard Montpetit et du Vieux-Montréal à Montréal ainsi que le John Abbott College, le cégep Limoilou à Québec et le cégep de Sherbrooke. L'AEC est offerte à la Formation continue de chaque établissement.

3.2.2.1.2. *Financement*

Selon nos répondants, le programme est financé par le ministère de l'Éducation. Dans son rapport intitulé *L'organisation et le financement de la formation d'appoint à l'enseignement collégial en réponse à prescription d'un ordre professionnel*, le Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles (2016b, p. 14-15) explique que ce financement est réparti entre plusieurs acteurs institutionnels dont la contribution est variable : le ministère de l'Éducation, le MIFI et parfois Emploi-Québec. Il est surprenant que les MSSS ne soit pas partie prenante dans le financement de ces formations, ce qui a d'ailleurs été mentionné par le Commissaire qui souligne que « [l]e ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ne participe pas au financement des formations d'appoint dans le domaine de la santé malgré le fait qu'elles visent à former de la main-d'œuvre dont les établissements du réseau ont besoin. » (Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles, 2016b, p. 15)

3.2.2.1.3. *Durée et contenu de la formation, compétences évaluées*

En fonction de la prescription de l'OIIQ qui détermine les compétences à acquérir pour se rapprocher des compétences exigées au Règlement, les IDHQ vont suivre un programme de 6 à 9 mois, qui correspond approximativement à 600 heures pour la prescription du tronc commun et 300 heures supplémentaires lorsqu'il y a un complément demandé. Comme nous pouvons le constater dans le Tableau 64, parmi nos répondantes, six ont reçu une prescription pour faire le tronc commun de l'AEC. La moitié d'entre elles s'est fait prescrire en plus les modules complémentaires. Comme nous l'a expliqué l'OIIQ, les dossiers sont étudiés au cas par cas et certaines IDHQ qui viennent du même pays pourraient avoir une prescription différente du fait de l'expérience professionnelle par exemple. Ainsi, certaines de nos répondantes qui viennent de Côte d'Ivoire ont dû suivre des modules complémentaires comme Anna, Emmanuela et Sarah, alors que Grâce n'a suivi que le module de 600h.

Tableau 64: Parcours AEC des IDHQ rencontrées

Code prénom	Pays de diplomation	ARM (O/N)	Stage	AEC - cégep	AEC - Module 600h	AEC - Modules complémentaires	Emploi actuel
Emmanuela	Côte d'Ivoire	Non		Limoilou (à venir)	Oui	Non	Préposé.e aux bénéficiaires
Franck	Cameroun	Non		Limoilou	Oui	Non	CEPI
Grâce	Côte d'Ivoire	Non		Limoilou	Oui	Non	Infirmière
Patricia	République dominicain	Non		Limoilou	Oui	Non	Infirmière
Anna	Côte d'Ivoire	Non		Limoilou	Oui	Oui	Infirmière auxiliaire
Sarah	Côte d'Ivoire	Non		Limoilou	Oui	Oui	Préposé.e aux bénéficiaires

Les cinq cégeps ont tous à peu près la même façon de fonctionner. Le contenu de l'AEC est « dicté par l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec » qui détermine « les compétences [à] évaluer, les thématiques qui doivent être rencontrées, le nombre d'heures » permettant aux cégeps de « bâti[r] [leur] programme. » (Cégep Limoilou) Organisés en consortium, ils travaillent en étroite collaboration, même si leurs visions peuvent parfois différer.

Les contenus du programme sont les mêmes dans tous les cégeps, mais ils organisent eux-mêmes leurs examens et les évaluations des IDHQ ainsi que nous l'explique le John Abbott College : « On a chacun nos examens. On a les mêmes cours. La grille de cours, c'est la même. Le curriculum, c'est la même chose ». Nous avons relevé quelques particularités. Par exemple, au Cégep de Sherbrooke, les IDHQ sont « jumelés avec ceux qui font la technique sur trois ans » et ont les « mêmes cours et les mêmes stages » (Cégep de Sherbrooke). Au John Abbott College, les IDHQ qui ont des compléments de formation mais qui doivent attendre quelques mois avant de pouvoir suivre le programme sont intégrés au DEC et y suivent les cours nécessaires afin d'éviter cette attente qui peut aller jusqu'à « trois mois, quatre mois. » (John Abbott College)

Parfois, les cégeps n'ont pas assez de personnes inscrites dans les cours complémentaires pour que le cours soit offert. Le Cégep Vieux-Montréal nous a expliqué que les cégeps travaillent alors en partenariat entre eux pour faire des groupes complets car c'est une question de rentabilité financière.

Les IDHQ sont évaluées sur les « savoir être, savoir-faire dans tous les domaines » (Cégep Limoilou) durant les cours théoriques et certains cégeps ont partagé avec nous qu'ils privilégiaient l'approche par problème et les mises en situations pour « améliorer la qualité des étudiants qui vont sortir » dans le sens où « ils seront mieux outillés quand ils vont sortir » (Cégep Limoilou).

L'AEC se compose d'une partie de cours théorique et d'une partie plus pratique dispensée lors de stages e établissements de santé. Les IDHQ vont avoir plusieurs stages à réaliser dans différentes spécialités. Par exemple, Grâce a suivi des stages en médecine, en chirurgie et en gériatrie.

Les Cégeps collaborent avec les centres hospitaliers de leurs territoires pour offrir ces stages aux IDHQ qui n'ont pas à faire de démarches particulières. Ils sont organisés en groupes de six IDHQ

accompagnés d'un ou une enseignante. Les stages et l'encadrement sont pris en charge par le Cégep comme nous l'a expliqué le Cégep Édouard-Montpetit :

Puis la façon que c'est fait aussi, c'est que nous, on embauche, bien on embauche des enseignantes. Juste pour vous donner une idée, je peux avoir un groupe de trente personnes. Quand t'arrives, les laboratoires ici en classe, tout dépendant du nombre d'étudiants, on va les séparer soit en deux ou en trois groupes pour les laboratoires. C'est plus facile, plus pédagogique. Et après ça, quand on arrive en stage, ils sont six par groupe de stage. Ils sont accompagnés d'une enseignante. (Cégep Édouard-Montpetit)

Les démarches pour les places de stage commencent « six ou cinq mois à l'avance » (Cégep du Vieux-Montréal). Les IDHQ sont préparées en laboratoire où elles pratiquent des simulations et des mises en situations avec le même matériel que celui utilisé en établissement. Pour remplacer les patients, les Cégeps ont investi dans « des mannequins haute-fidélités, c'est-à-dire qu'ils sont contrôlés par ordinateur » afin de les « met[tre] dans des situations authentiques par rapport au milieu de stage » (Cégep de Sherbrooke).

Comme nous l'a fait remarquer Franck, les IDHQ de l'AEC ne sont pas « mélangées » avec les autres stagiaires. Il nous a expliqué que « [e]n stage aussi, on ne mélange pas. On a nos stages à part, oui. Parce qu'on n'a pas les mêmes durées de stage parce qu'eux, ils ont fait trois ans. Nous, on a juste deux mois et demi de stage. »

Selon l'OIIQ, « l'AEC permet à [l'IDHQ] de s'adapter, de s'intégrer à la réalité clinique [...] en toute sécurité, parce qu'elle est encadrée. »

3.2.2.1.4. Cohortes et inscriptions

Les inscriptions pour le programme d'intégration à la profession infirmière fluctuent avec les admissions des IDHQ au Québec et se reflètent dans le nombre de cohortes annuellement admises dans les cégeps francophones et le cégep anglophone. En effet, nous avons vu sur la Figure 21 que le nombre d'IDHQ a beaucoup augmenté depuis 2016. Ainsi, le nombre de demandes d'inscription dans les cégeps francophones étaient tel qu'ils ont dû établir des listes d'attente, notamment dans les deux cégeps montréalais. Ils avaient suffisamment de candidates pour constituer 4 à 5 cohortes de 30 personnes chaque année. Ces constats se retrouvent dans les statistiques de l'OIIQ qui a fait un suivi des IDHQ ayant reçu une prescription pour compléter l'AEC. En septembre 2017, « quelques 1000 diplômés hors Canada ayant reçu une décision du CAE étaient en attente d'une place au programme d'intégration » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017a) ce qui corrobore ce que les cégeps nous ont rapporté.

Puis les cégeps ont constaté non seulement une baisse des demandes d'information, mais également des demandes d'inscription en 2016, baisse qui a non seulement engendré la suppression des listes

d'attentes, mais également la diminution du nombre de cohortes. Les échanges avec leurs collègues en région et le cégep anglophone ont confirmé la tendance pour la formation en français. Le John Abbott College, quant à lui, a vu depuis 2017-2018 une augmentation exponentielle de la demande d'inscriptions pour son AEC en anglais. Comme nous l'explique le Cégep du Vieux-Montréal cela correspondait à l'arrivée massive d'IDHQ philippines, indiennes et iraniennes :

Et ça, c'est une tendance que si ça vous intéresse, que je vois et qu'on constate, les cinq cégeps partenaires, c'est qu'il y a de plus en plus de gens qui arrivent ici des pays, c'est-à-dire qu'ils maîtrisent mieux l'anglais. Et Philippine. Beaucoup des Philippines qui commencent à arriver. De l'Inde et les Iraniens. [...] nous, les quatre cégeps francophones, on a commencé, pas à manquer, mais on a vu comme une diminution des inscriptions. Puis là, à un moment donné, on a commencé à s'appeler entre nous quatre. Est-ce que vous vivez la même chose? Mais qu'est-ce qui arrive? Et lorsqu'on a parlé avec notre collègue de John Abbott, [...], elle en a plein, plein. Et [...] l'Ordre nous avait dit : beaucoup de Philippins qui commencent à arriver. Donc c'est comme des vagues.

Cette tendance s'est traduite également dans le nombre de participantes aux séances d'information. Le Cégep du Vieux-Montréal nous a mentionné que chacune des séances offertes pouvaient recevoir jusqu'à 100 personnes mais ce nombre a diminué de 40% depuis 2017-2018 alors qu'au John Abbott College, ce sont 250 personnes qui se sont présentées en 2017 et 309 en 2018.

Certains organismes comme PROMIS se posent des questions et avancent l'hypothèse que « [c]'est peut-être à cause que le milieu de la santé a mauvaise presse. » Nous pensons plutôt, comme les cégeps, que ces « vagues » correspondent au portrait des admissions en 2016, 2017 et 2018 et à l'augmentation très importantes du nombre d'admission de Philippines et d'Indiennes que nous avons constatées sur la Figure 21 et qui nous ont été mentionnées par le MIFI.

La province reçoit donc moins d'IDHQ francophones qui doivent s'inscrire à l'AEC et plus d'IDHQ anglophones. Ce qui a une incidence sur la réussite du programme en anglais, sur les résultats de l'examen et sur la rétention de ces mêmes IDHQ anglophones.

3.2.2.1.5. Réussite de l'AEC

Les cégeps ont rapporté que les IDHQ ne réussissent pas toujours tous les cours ou les stages, et doivent reprendre certains d'entre eux. Cela a pour conséquence d'allonger le processus. Ainsi, au lieu de finir l'AEC en 6 ou 9 mois, certaines IDHQ peuvent avoir besoin de 9 à 18 mois pour terminer le processus, voire plus. Dans la prescription de l'OIIQ, les IDHQ ont un délai de quatre ans pour réussir l'AEC.

Certains cégeps ont partagé quelques statistiques avec nous sur le nombre d'inscriptions annuelles, mais pas toujours avec les taux de réussite. L'un d'entre eux cependant, le Cégep Vieux-Montréal, nous a donné quelques chiffres datant de 2013 et 2014. En 2014, sur 114 IDHQ inscrites à l'AEC,

91 ont réussi l'AEC sans échec, soit 79,8%. 23 ont dû reprendre le programme à la suite de cet échec parmi lesquels 19 l'ont réussi. En 2015, sur 119 IDHQ inscrites à l'AEC, 92 ont réussi l'AEC sans échec, soit 77,3%. 24 ont dû reprendre le programme à la suite de cet échec, dont 20 l'ont réussi. Ce qui donne pour les deux années un taux de réussite total de plus de 96%. Il serait peut-être intéressant de connaître le taux de réussite au DEC pour voir s'il est très différent de celui-ci. Le Cégep de Sherbrooke nous a dit que « certains cours parfois ont besoin d'être refaits. Parfois, c'est seulement la portion stage. Et ce n'est pas seulement à Sherbrooke. »

Les chiffres de l'OIIQ sont plus bas en termes de réussite de l'AEC. Selon le rapport de 2017, « la proportion des demandeurs qui complètent leur programme d'intégration en moins d'un an est passé de 32% en 2008-2009 à moins de 10% depuis 2014-2015. En outre, moins de la moitié des demandeurs complètent leur programme en deux ans depuis 2011-2012 (sauf en 2013-2014) » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017a). Donc, de moins en moins d'IDHQ complètent leur programme dans les délais prévus, soit 6 à 9 mois, mais ce qui est plus inquiétant, c'est que « depuis 2011-2012, plus de 20% des demandeurs ne complètent pas leur programme d'intégration à l'intérieur d'un délai de quatre ans » et « cette proportion a atteint presque 50% des demandeurs de 2012-2013 » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017a). La question se pose sur les raisons qui poussent les IDHQ à ne pas compléter l'AEC dans les délais prescrits.

Nos répondantes qui ont réussi l'AEC l'ont fait dans les délais prévus selon leur prescription et n'ont pas eu à recommencer de cours. Mais avec seulement cinq participantes concernées dans notre échantillon ayant terminé, toutes francophones et inscrites au Cégep Limoilou à Québec, nous ne pouvons évidemment pas généraliser nos résultats.

Nous pouvons nous questionner sur le taux de réussite et d'abandon des cohortes depuis 2016. On peut formuler l'hypothèse que le taux important d'IDHQ non francophones arrivées au Québec depuis 2016 et ce que nous ont rapporté les cégeps et le MIFI sur la mobilité de ces IDHQ vers des provinces anglophones contribuent à ces résultats.

Si le contenu de l'AEC est approuvé par l'OIIQ, les cégeps sont autonomes pour offrir les formations complémentaires qu'ils jugent indispensables pour les IDHQ afin de les aider dans leur intégration professionnelle.

3.2.2.2. Formations « maison » des cégeps en complément à l'AEC

Les cégeps francophones et le cégep anglophones nous ont détaillé les formations « maison » qu'ils ont développées au fil des années et spécifiquement destinées aux IDHQ au fur et à mesure qu'ils ont identifié des besoins. Ce sont des cours non crédités au programme de l'AEC et qui s'ajoutent à la formation prescrite par l'OIIQ.

Les cégeps montréalais ont, tous les deux, développé des formations sous forme d'ateliers d'une trentaine d'heures. Ils accueillent RSQ qui vient donner des ateliers sur la recherche d'emploi, ils offrent des ateliers en informatique, tout comme le Cégep de Sherbrooke d'ailleurs, sur la gestion du stress et sur l'interculturel. Le Cégep du Vieux Montréal a préparé un atelier sur la prise de note pour les examens alors que le Cégep Édouard-Montpetit s'est concentré sur un atelier sur le jugement clinique. Le Cégep Limoilou n'a pas abordé ce sujet, alors que le John Abbott College était en attente de l'accord du ministère pour ajouter un cours de français à l'AEC anglophone.

3.2.2.3. Les stages

Nous avons vu que l'OIIQ peut demander à l'IDHQ de faire soit une formation d'appoint au cégep (AEC), soit un stage. Si l'IDHQ vient avec l'ARM conclu entre la France et le Québec, elle va devoir faire un stage d'adaptation de 75 jours. Sinon, le stage prescrit est d'une durée de 40 jours. Pour l'OIIQ, ces stages d'intégration permettent aux IDHQ « d'apprendre à faire le transfert de connaissance puis aussi tout le matériel est différent, comment on l'utilise, les techniques de soins sont différentes ». Si les IDHQ ne réussissent pas leur stage, alors elles doivent aller suivre le programme d'intégration du cégep.

3.2.2.3.1. *Le stage d'adaptation en milieu clinique de 75 jours*

Comme nous l'avons vu dans la Figure 17, les IDHQ qui viennent au Québec dans le cadre de l'ARM n'ont pas besoin de faire de demande d'analyse de dossier auprès de l'OIIQ car l'Accord prévoit qu'elles fassent uniquement un stage d'adaptation de 75 jours en établissement de santé. Il est important de mentionner que, contrairement aux IDHQ qui suivent l'AEC, les IDHQ avec ARM n'ont pas d'obligation quant à leur statut migratoire. En effet, les cégeps ne peuvent accueillir que des résidentes permanentes alors qu'avec l'ARM, les IDHQ peuvent venir travailler au Québec en ayant un statut de travailleuse temporaire et un permis de travail temporaire rattaché¹⁸³ à un établissement de santé qui les accueille pour le stage et leur offre un contrat de travail ensuite. C'est le cas de la moitié de nos répondantes qui sont venues avec un permis temporaire (Voir Tableau 65). Elles étaient en cours de procédure de demande de résidence permanente via le Programme de l'Expérience québécoise (PEQ).

¹⁸³ Les immigrants venant avec un permis de travail temporaire et qui sont recrutés par une entreprise, ici les IDHQ et les établissements de santé du Québec, sont liés à leur employeur durant la durée de leur permis de travail.

Tableau 65: IDHQ rencontrées arrivées avec ARM

Code prénom	Pays de diplomation	ARM (O/N)	Stage	Emploi actuel	Statut migratoire
Camille	France	Oui	ARM - 75 jours	Infirmière clinicienne	Temporaire
Chloe	France	Oui	ARM - 75 jours	Infirmière clinicienne	Temporaire
Léa	France	Oui	ARM - 75 jours	Infirmière clinicienne	Permanent
Manon	France	Oui	ARM - 75 jours	Infirmière clinicienne	Permanent

L'OIIQ délivre un permis d'exercice restrictif temporaire aux IDHQ pour réaliser leur stage d'adaptation dans un milieu clinique. Selon Camille, « le stage d'adaptation se fait dans un service de médecine et chirurgie normalement. Maintenant, ils le font faire partout parce qu'il manque tellement de monde qu'ils les font faire ... même les stages de 75 jours, les infirmières, ils les mettent même aux soins. Alors que moi, l'année dernière [en 2017], c'était interdit. » Un CIUSSS nous a expliqué que le stage consiste en deux parties : la première pour s'adapter au rôle de chaque professionnel, la deuxième pour s'adapter à son propre rôle et développer l'autonomie qui vient avec au sein d'une équipe. Et de conclure : « Donc c'est comme un faux stage, si on veut ». Chloe nous a expliqué comment ces deux phases se sont passées pour elle :

C'est 75 jours. Il y a un 30 à 45 jours d'orientation où là, on est avec une autre infirmière expérimentée. Les premiers temps, on l'observe, on regarde tout ce qu'elle fait. Puis ensuite, c'est elle qui nous observe. Dépendamment de comment ça se passe, ça dure soit 30 jours, soit 45 jours si on a plus de difficultés d'adaptation. À l'issue de ces 30 jours, on a fait une réunion avec l'infirmière chef puis la conseillère en soins infirmiers et l'infirmière tutrice. Ça se passait très bien, j'avoue, donc on a vite enchaîné sur les 45 jours suivants qui sont là du ... il y avait orientation puis probation, je pense, ou adaptation. Puis là, j'étais toute seule, j'avais juste une fois par semaine une petite rencontre avec la conseillère puis mon infirmière, juste s'assurer que je comprenais tout, que j'arrivais à suivre. Parce qu'on m'a rajouté des patients évidemment au fur et à mesure. Puis m'assurer que tout se passait bien. Et à l'issue des 45 jours, donc ils ont validé ma probation puis c'est à ce moment-là que j'ai pu avoir le poste. (Chloé)

Les avis sont partagés concernant les objectifs du stage et son utilité. L'OIIQ estime que le stage permet à l'IDHQ de s'adapter à la réalité québécoise, « de se familiariser avec le système de santé au Québec » et au rôle de l'infirmière au sein de l'équipe soignante tout en étant encadrée et soutenue par l'employeur. Il nous a rapporté savoir que « certaines personnes ne sont pas en faveur d'un tel stage d'adaptation mais pour nous, c'est vraiment important parce que le stage d'adaptation oblige l'employeur à soutenir l'employée pendant cette période-là. Sinon, la personne, elle pourrait être laissée à elle-même. Fait que c'est vraiment pour faciliter son adaptation que ce stage-là existe. » Les IDHQ que nous avons rencontrées ont, elles aussi, « entendu dire que [...] ça s'était mal passé » (Manon), mais nos quatre répondantes ont apprécié leur stage qui « s'est très bien

passé. » (Chloé). Leur compréhension est que l'OIIQ et les professionnels de la santé « veulent [les] voir en exercice par rapport à la profession du Québec. »

Une fois le stage terminé, la personne responsable du suivi et de l'évaluation du stage dans l'établissement envoie son évaluation au comité d'évaluation de l'OIIQ qui délivre un permis d'exercice régulier si le stage est réussi. Si le stage est un échec, les IDHQ ont alors la possibilité de demander à avoir le statut de Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) qui, sous certaines conditions, leur permet d'exercer et de passer l'examen de l'OIIQ.

Camille, Chloé, Léa et Manon ont toutes réussi leur stage de 75 jours et ont eu un contrat de travail dans l'établissement où elles avaient réalisé leur stage.

3.2.2.3.2. Le stage en milieu clinique de 40 jours

Les IDHQ qui ne viennent pas au Québec avec l'ARM et qui font une demande de reconnaissance de leurs compétences auprès de l'OIIQ pourraient se voir prescrire un stage en milieu clinique de 40 jours quand leur « formation et l'expérience s'approchent du profil d'une nouvelle infirmière au Québec. » (OIIQ) Des acteurs et des IDHQ rencontrés nous ont parlé de 30, 40 ou 45 jours pour ce stage, ce qui a porté à confusion car l'information n'était pas claire pour nous. Finalement, comme nous avons réalisé les entrevues avec l'OIIQ et avec un CIUSSS qui accueille des stagiaires pour 40 jours à la fin de notre terrain, nous avons pu leur demander des éclaircissements. La confusion vient du fait que le règlement dit 30 jours mais qu'en réalité, les stages peuvent durer jusqu'à 40 à 45 jours, voire 60 comme nous l'a expliqué un CIUSSS de Montréal :

En fait, 60 jours, on peut aller jusqu'à 60 jours. Le stage est minimalement 40 jours. La loi dit 30 jours plus des journées d'orientation théorique. Donc au final, on arrive à 40 jours. Si à quelque part dans le processus de stage, on se rend compte que non, attend, la marche est trop haute, notamment au point de vue de l'auscultation pulmonaire et cardiaque, il n'y a pas beaucoup de gens qui le font. Nous au Québec, les infirmières, elles doivent le faire. On a la possibilité de rallonger le stage. Le but est d'amener à valider de façon positive le stage. Donc ça peut aller jusqu'à 60 jours. Mais la loi et si tu vas sur le site de l'OIIQ, tu vas voir, c'est soit le stage de 30, 40 jours. Donc 30 jours clinique et 10 jours de théorie. (CIUSSS de Montréal)

Deux de nos répondantes, Nour qui vient du Liban et Julie qui vient de France, ont reçu une prescription pour réaliser un stage de 40 jours (Voir Tableau 66). Julie est arrivée en 2008 au Québec avec un visa de résidente permanente et avant la mise en œuvre de l'ARM, elle a donc dû faire une demande de reconnaissance de ses compétences à l'OIIQ.

Tableau 66: IDHQ ayant une prescription pour un stage de 40 jours

Code prénom	Pays de diplomation	ARM (O/N)	Stage	Emploi actuel
Julie	France	Non	40 jours	Infirmière clinicienne
Nour	Liban	Non	40 jours	Infirmière clinicienne

Une fois le stage de 40 jours terminé et réussi, les IDHQ obtiennent le statut de Candidate à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI) les autorisant à travailler en attendant de pouvoir passer l'examen de l'OIIQ et obtenir un permis régulier d'exercice. Les IDHQ qui échouent leur évaluation durant le stage doivent s'inscrire à l'AEC pour pouvoir continuer le processus de reconnaissance de leurs compétences et passer l'examen de l'Ordre.

Les IDHQ devant faire un stage de 40 jours doivent chercher elles-mêmes leur stage, ce qui n'est pas toujours facile. En effet, les milieux d'accueil veulent s'assurer qu'après le stage, elles vont rester, ce que le MSSS nous a confirmé : « Très souvent, nos établissements de santé vont accepter de faire les stages à la condition que le candidat reste pour travailler par la suite. Donc ils l'embauchent finalement et dans le cadre de son embauche, ils lui font faire le stage de 30 à 40 jours au départ. »

Il semble qu'il y ait une idée répandue selon laquelle les IDHQ qui se voient prescrire un stage de 40 jours et pas une AEC viennent de pays spécifiques identifiés par l'OIIQ. Par exemple, le MSSS nous dit : « Les stages 30 à 40 jours, ce sont les personnes qui ne sont pas régies par les ARM, donc ce sont des personnes par exemple qui vont venir de la Belgique, qui vont venir des Philippines, qui vont venir du Brésil, qui vont venir de l'Inde. Donc je vous parlais des profils de pays tantôt, qu'ils avaient déjà identifié donc. Dans ces pays-là, ils ont identifié finalement que la formation était vraiment similaire à celle du Québec. » Le John Abbott College nous a parlé de « pays équivalent » pour avoir « le droit d'avoir 30 à 40 jours de stages » et le Cégep Limoilou « pense » que « certains pays même, ils vont avoir [...] au Liban seulement, le... seulement le stage à faire. Ils n'ont pas besoin de venir faire le programme d'intégration. Ils doivent faire seulement le stage. » Or, l'OIIQ nous a affirmé qu'il n'en n'est rien. C'est bien l'analyse, au cas par cas, de la formation initiale, complétée par l'expérience professionnelle pertinente qui va déterminer la prescription. Il se peut que des IDHQ venant d'un même pays et ayant diplômé dans la même école aient la même prescription, mais leur expérience professionnelle peut faire la différence comme nous l'a expliqué l'OIIQ quand nous leur avons posé la question suivante :

CB : Donc c'est vraiment la formation initiale plus peut-être l'expérience professionnelle qui va venir faire la différence. Mais on ne peut pas dire que c'est une formation à partir d'un pays en particulier ?
 OIIQ : Non. Mais c'est sûr, en même temps, si vous avez devant vous cinq Libanaises qui sont allées à la même école, bien probablement qu'elles vont avoir la même décision. Par contre, quelqu'un qui viendrait du Congo ou je ne sais trop, qui peut-être

dans sa formation n'a pas eu l'aspect géronto, gériatrie, pour dire quelque chose, mais qu'elle est partie du Congo puis elle est allée travailler en Arabie Saoudite, pour dire quelque chose, et là, elle a travaillé dans des unités de géronto, bien elle ne sera pas traitée de la même façon qu'une infirmière du Congo qui a la même formation mais elle, qui est restée dans son pays et qui n'a pas été exposée à cette clientèle-là mais ça ne sera pas la même réflexion. Fait que c'est pour ça que je dis, c'est vraiment du cas par cas. Mais en même temps, les gens qui sont issus de la même école, habituellement, c'est le même genre de décision, à moins que le parcours professionnel vienne teinter l'expérience de cette personne-là.

Une clarification à ce sujet par l'OIIQ serait sans doute opportune.

Certaines personnes rencontrées nous ont mentionné que choisir de faire l'AEC plutôt que le stage serait plus pertinent car le stage est difficile à trouver et suivre des cours les prépare plus efficacement à l'examen. C'est ce que certaines IDHQ ont partagé comme commentaire au Cégep Limoilou : « Ce qu'ils m'ont dit également c'est que ça leur permet, en faisant le programme, en ayant les évaluations, en faisant les cours théoriques, ça leur permet d'aller après ça, mieux se préparer pour l'examen de l'Ordre en sachant qu'est-ce qu'on évalue, comment on pose les questions et tout ça. » Nour nous a fait le même commentaire concernant sa propre expérience. Elle avait le choix, dans sa prescription, de suivre l'AEC ou de faire le stage. Elle « a eu la chance d'avoir un stage d'orientation », mais elle a été déçue par son expérience et est assez critique sur l'encadrement et les apprentissages :

[Parlant des stages] Mais juste de revoir la façon qu'on aurait entre les gens, les personnes parce que si pour toutes les personnes, c'est comme je l'ai eu, ce n'est pas gagnant. Et dans ce cas-là, vu que je ne savais pas à quoi m'attendre ou à la fin du stage, j'aurais après réflexion, peut-être que j'aurais préféré le cégep, après réflexion, au stage pour que je puisse mieux comprendre la culture et comment ça fonctionne. [...] Mais si je savais que le stage n'allait pas trop m'apporter, à part le temps que ça prend versus, un mois ou 30 jours versus les huit mois, j'aurais peut-être opté pour le cégep. Honnêtement, c'est triste pour moi de le dire mais oui, je le pense sincèrement. Puis maintenant, les gens qui me disent, stage versus, je leur dis : allez vers le cégep. [...] Si je savais que le stage allait être pas disons à la hauteur de mes attentes, j'aurais opté pour le cégep. (Nour)

Pour améliorer la réussite du stage 40 jours, un projet pilote est mené depuis 2017 au CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal, en collaboration avec le BINAM et financé par le MTESS¹⁸⁴.

3.2.2.4. L'examen de l'OIIQ

Les IDHQ qui ont eu une prescription de l'OIIQ, tout comme les étudiantes formées au Québec, doivent passer et réussir l'examen de l'OIIQ pour pouvoir demander un permis régulier d'exercice

¹⁸⁴ Nous présentons ce projet au point 3.3.1.4 Intégration en emploi des IDHQ à Montréal – Programme spécial CIUSSS NIM p. 342

de la profession à l'OIIQ. Seules les IDHQ venues au Québec avec l'ARM sont dispensées de l'examen.

Cet examen se donne deux fois par an, au printemps et à l'automne et c'est l'OIIQ qui envoie les convocations aux candidates. Une fois diplômées, les IDHQ nous ont expliqué que l'Ordre leur donne trois mois après la diplomation pour se préparer à l'examen et ensuite les convoquer. Grâce nous a expliqué que « La prochaine session de l'examen, par exemple, si c'est un intervalle de trois mois, tu passes, tu composes l'examen. Mais si c'est deux mois, tu vas composer l'examen suivant parce que l'Ordre te donne un minimum de trois mois pour pouvoir préparer ton examen. » Les candidates ont droit à trois tentatives durant les deux années qui suivent la diplomation. Au bout de trois échecs, elles doivent refaire un programme. Les IDHQ qui ont suivi l'AEC « ne peuvent pas être inscrits une deuxième fois dans le programme d'intégration. » (Cégep Limoilou)

L'OIIQ bâtit lui-même l'examen qui sanctionne les infirmières au Québec. Selon l'Ordre, contrairement à l'examen canadien qui est créé par des infirmières américaines, « notre examen à nous est fait par des Québécoises. Il n'est pas fait par des gens à l'extérieur. Donc ça reflète très fidèlement la réalité du Québec avec tous les avantages et tous les inconvénients que ça peut avoir. » L'examen de l'OIIQ se composait jusqu'en 2017-2018 de deux parties : une partie ECOS, c'est-à-dire des mises en situations, et une partie QCM, des questions à choix multiple. L'objectif est « d'évaluer l'application des connaissances » (OIIQ) de l'infirmière débutante. Depuis septembre 2018, l'OIIQ n'a conservé que la partie questions à choix multiple. Certaines de nos répondantes ayant passé plusieurs fois l'examen ont expérimenté différents types d'évaluation.

Les cégeps et l'Ordre encouragent les IDHQ à exercer comme CEPI ou même comme préposées aux bénéficiaires pendant l'AEC et après leur diplomation afin de se familiariser le plus possible aux situations cliniques. En effet, comme le rapporte le Cégep du Vieux-Montréal, la « compétence des jugements cliniques est moins développée » par les IDHQ car le rôle de l'infirmière est différent souvent dans les pays d'origine de ces dernières à qui on laisse beaucoup moins d'autonomie dans leur pratique professionnelle qu'au Québec.

Cela a un impact pour les IDHQ qui réussissent moins bien l'examen de l'OIIQ que les infirmières formées au Québec. L'OIIQ rapporte que :

le taux de réussite des infirmières et infirmiers immigrants est similaire au taux de réussite qu'on voit dans les autres examens. Donc celui à l'examen est inférieur au taux de réussite des étudiants formés au Québec. Comme on voit dans les examens de médecins, dans les examens d'infirmières au Canada, d'infirmières aux États-Unis, les résultats des infirmières formées à l'étranger sont toujours inférieurs à ceux des étudiants formés sur place, je dirais, dans le pays d'origine. C'est la même chose. (OIIQ)

Pour nos répondants, plusieurs facteurs pourraient être en cause. D’abord, « le degré de stress, le degré de préparation, la compréhension de l’instrument, le niveau d’expérience probablement, la personne par rapport au type de questions qui sont posées. » (OIIQ) Ensuite, la façon dont se préparent les IDHQ à l’examen ne serait pas adaptée car « ils sont comme surpris, ils ne s’attendaient pas à ce genre d’examen-là. Ils ne savent pas comment étudier pour nos types d’examen. Ils continuent à étudier de leur façon dans leur pays. Puis ici c’est axé sur les compétences. » (Cégep Édouard-Montpetit) Également, la maîtrise du français peut être un enjeu lié à la réussite de cet examen (Association des infirmières libanaises de Montréal). Enfin, l’Ordre mentionne qu’il peut y avoir des aspects concernant une culture d’apprentissage différente, mais « [i]l y a probablement quelque chose dans nos examens qui sont très liés à la formation ici parce que les examens sont créés par des gens formés ici. Fait qu’à un moment donné, il y a comme une influence. » (OIIQ) Les personnes qui élaborent les questions d’examens et les mises en situation ont donc un impact significatif puisqu’elles le font du point de vue de l’infirmière débutante québécoise.

Selon nos répondantes ayant passé l’examen de l’Ordre, l’évaluation ne serait pas toujours objective et surtout, la préparation à l’examen serait déficiente. Par exemple, Julie qui, comme on peut le constater dans le Tableau 67 a réussi son examen dès la première tentative, a apparemment eu une expérience plutôt négative :

Alors des ECOS, c’est donc une mise en situation. Enfin, c’est plusieurs petites ... il y a combien de stations? Je ne sais pas, il y a une dizaine de stations. Puis donc, on arrive dans une salle puis c’est chronométré. Puis il y a un cas, donc un patient qui fait un infarctus, un bébé qui est tombé, enfin plein de choses. Puis là, on doit rentrer puis on doit faire quelque chose puis il y a quelqu’un qui évalue. Il a une liste et il coche. Alors on peut dire n’importe quoi, il faut juste que dans tout ce qu’on a dit, il y a les bonnes cases pour avoir évalué. (Julie)

Tableau 67: Tentatives à l'examen de l'OIIQ des IDHQ rencontrées

Code prénom	Pays de diplomation	ARM (O/N)	Prescription OIIQ	Emploi actuel	Formation en plus préparation exams	Tentatives examen OIIQ
Emmanuela	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep à venir	Préposée aux bénéficiaires	na	na
Franck	Cameroun	Non	AEC - cégep	CEPI	Oui	3
Grâce	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep	Infirmière	Oui	2
Patricia	République dominicaine	Non	AEC - cégep	Infirmière	Oui	2
Anna	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep	Infirmière auxiliaire	Oui	3
Sarah	Côte d'Ivoire	Non	AEC - cégep	Préposée aux bénéficiaires	Oui	1
Julie	France	Non	Stage - 40 jours	Infirmière clinicienne	Non	1
Nour	Liban	Non	Stage - 40 jours	Infirmière clinicienne	Non	1
Camille	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne	na	na
Chloe	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne	na	na
Léa	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne	na	na
Manon	France	Oui	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne	na	na
Gabriela	Brésil	Non	Dossier en cours	Chômage COVID 19 - Démarches OIIQ	na	na

Cela n'a pas été le cas de toutes nos répondantes. Comme on peut l'observer dans le Tableau 67, les IDHQ qui ont fait le stage de 40 jours, Nour et Julie, ont réussi à la première tentative. Sarah se préparait à passer l'examen pour la première fois lors de notre rencontre. En revanche, Patricia et Grâce ont eu besoin de deux tentatives pour réussir l'examen alors que Patricia et Franck (3^e fois en septembre 2018 – je ne sais pas s'il a réussi) ont dû se reprendre trois fois. Quant à Emmanuela, elle se préparait à entrer au cégep de Limoilou en août 2018 pour y faire sa formation.

Grâce a eu besoin de deux tentatives et nous a fait part de son expérience :

Parce que je vous dis là, la formation qu'on a au cégep, on nous donne la base. En fait, on nous donne, c'est comme la théorie. On donne plein, plein, plein d'affaires. Mais la réalité de l'examen, elle est différente. La réalité de l'examen, elle est vraiment différente, différente là. Il y a beaucoup de choses qui sont différentes. Ça fait que la première fois que moi j'ai passé mon examen, quand j'ai composé mon examen, je me suis dit, je disais une chose, j'ai beaucoup de connaissances. Mais elles ne sont pas spécifiques. Et puis je me disais, si je réussis mon examen, Dieu merci. Mais si je ne l'ai pas, je sais que c'est parce qu'elles n'étaient pas spécifiques. Et quand je n'ai pas réussi mon examen, quand j'ai reçu ma rétroaction, effectivement ce n'était pas spécifique. C'est ce qu'il me manquait. Je me suis dit, bon, je vais aller voir l'essentiel. Je ne vais pas aller dans le superflu. Je vais aller dans l'essentiel. (Grâce)

Les cégeps préparent les IDHQ pendant l'AEC aux conditions de passation de l'examen, comme l'explique le Cégep Édouard-Montpetit, « nous, on prépare nos examens de la même façon pour habituer nos étudiants, pour pas qu'ils arrivent à l'examen puis dire, ah, je ne suis pas habitué à ce genre de questions-là. Mais on a des gens, on a dû coacher nos enseignants pour être capables de préparer des examens sous la même forme que l'examen de l'Ordre, pour essayer de mieux les préparer. Puis ils sont minutés aussi. Ça c'est stressant aussi. » L'aspect « stressant » de l'examen a été mentionné par plusieurs de nos répondants, IDHQ comme acteurs.

En plus de la préparation lors de l'AEC, les cégeps offrent des cours après l'AEC pour se préparer aux examens. Ce sont des cours payants et non crédités comme nous l'a expliqué l'organisme PROMIS qui accompagne les IDHQ en expliquant qu'il s'agit « d'un extra qui est offert par le cégep Limoilou », information qui a été confirmée par le Cégep Limoilou. Le Cégep Édouard-Montpetit offre également « en surplus, [...] des formations non créditées pour préparer aux examens, des questions d'examen » tout comme le Cégep de Sherbrooke. Le nombre d'heures consacrées varient d'un cégep à l'autre. Sherbrooke parle de huit heures, Édouard-Montpetit de « deux ou trois jours ». Selon les cégeps, il va s'agir d'une formation, d'un accompagnement, de révision, de mentorat pour expliquer aux IDHQ « comment étudier, comment, sur la compréhension des questions puis la façon de répondre aussi. Donc c'est comme un, pas un coaching, mais comme un monitorat qui est donné. » (Cégep Édouard-Montpetit) Le MSSS nous a mentionné qu'ils

organisaient des séances de travail pour les IDHQ pour se préparer à l'examen, « Mais depuis qu'ils ont enlevé tous les examens pratiques [les ECOS] au niveau de l'ordre professionnel, on n'offre plus ce service-là. » Les cégeps nous ont dit essayer de recréer des conditions d'examen pour que les IDHQ n'aient pas trop de surprises le jour de l'examen. Selon eux, « En principe, la formation devrait bien préparer les étudiants pour l'examen. »

Les témoignages des IDHQ qui ont suivi l'AEC et passé l'examen divergent de ceux des cégeps quant à la perception de la préparation à l'examen. Plusieurs ont mentionné avoir dû faire appel à des professeurs extérieurs, à des groupes de préparation ou une préparation supplémentaire en ligne pour se préparer adéquatement à l'examen car la préparation des cégeps n'était pas suffisante. Anna notamment rapporte avoir choisi de prendre des cours en plus du cégep car ils lui ont permis de se préparer à « répondre aux questions qui n'ont rien à voir avec ce qu'on a appris au cégep. Je vous le dis. Parce que ce qu'on nous fournit au cégep, c'est carrément différent de l'examen de l'ordre. On ne nous prépare pas à un examen de l'ordre. Et je veux dire que ce que j'ai appris au cégep était vraiment différent de mes stages. » Grâce explique pour sa part que les formations supplémentaires « c'est vraiment nécessaire » parce que « [l]e cégep nous a donné une formation à la préparation à l'examen mais c'était en une journée. En une journée. C'était vraiment un résumé. C'était pour faire vraiment une étape, un peu sur tout. C'est en une journée. »

Faire appel à ces acteurs extérieurs a un coût. Nos répondantes nous ont parlé de montant situés entre 200\$ et 400\$ par session de préparation. Quand on leur délivre un reçu, elles peuvent l'ajouter à leur rapport d'impôts, mais parfois, elles payent en argent comptant sans reçus. À ces montants, il convient d'ajouter les frais de transport et de logement quand ces sessions sont données à Montréal et que les IDHQ sont à Québec. Ce sont aussi des congés à prendre, donc des frais supplémentaires. Elles trouvent ces ressources extérieures soit par le bouche-à-oreille, leur réseau ou encore en effectuant des recherches sur internet.

Comme nous pouvons le constater dans le Tableau 68, les cinq IDHQ ayant terminé l'AEC du cégep ont suivi une ou plusieurs formations complémentaires. Anna a suivi plusieurs formations complémentaires et malgré tout, ses trois tentatives à l'examen ont été des échecs. Franck a également suivi plusieurs formations complémentaires et a tenté trois fois l'examen. Au moment de l'entrevue, il attendait les résultats de son examen. Grâce et Patricia ont eu recours à une ou deux formations complémentaires et ont réussi leur examen après la deuxième tentative. Sarah se préparait pour passer son examen au moment de notre entrevue. Julie et Nour, qui sont allées en stage pendant 40 jours n'ont pas suivi de formation complémentaire et ont réussi leur examen dès la première tentative. Les IDHQ que nous avons rencontrées n'ont pas passé le même examen, nous

rappelons qu'il a changé de format, et notre échantillon est bien limité pour tirer des conclusions cependant, il semble que le stage prépare bien à l'examen, mieux que l'AEC.

Tableau 68: Formations complémentaires pour la préparation à l'examen de l'OIIQ

Code prénom	Pays de diplomation	Prescription OIIQ	Formation en plus préparation exams	Formation individuelle	Formation en groupe	Formation en ligne	Tentatives examen OIIQ
Anna	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	Oui	320	320	400	3
Franck	Cameroun	AEC - cégep	Oui		400	250	3
Grâce	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	Oui		300		2
Patricia	République dominicaine	AEC - cégep	Oui	oui		oui	2
Sarah	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	Oui			en cours	1
Julie	France	Stage - 40 jours	Non				1
Nour	Liban	Stage - 40 jours ou AEC - cégep	Non				1
Emmanuela	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	na	na	na	na	na
Gabriela	Brésil	En cours de traitement	na	na	na	na	na
Camille	France	Stage - 75 jours	na	na	na	na	na
Chloe	France	Stage - 75 jours	na	na	na	na	na
Léa	France	Stage - 75 jours	na	na	na	na	na
Manon	France	Stage - 75 jours	na	na	na	na	na

3.2.2.5. Le financement

Les IDHQ qui doivent retourner aux études pour suivre l'AEC font face à un besoin de financement de leurs études, ce qui n'est pas le cas des IDHQ en stage qui sont payées pendant leurs stages.

Lorsque l'Ordre prescrit aux IDHQ une inscription au programme d'intégration à la profession d'infirmière, celles-ci ont plusieurs possibilités de financement : des prêts et bourses du gouvernement, une subvention d'Emploi-Québec, l'Assurance emploi ou faire un emprunt sous forme de microcrédit. Cette dernière option n'a été choisie par aucune de nos répondantes. Selon Microcrédit Montréal, selon le pays d'origine des immigrants, ceux-ci vont aborder le crédit de façon très différente, c'est culturel.

Ça ne vient pas naturellement justement. Mais aussi ça dépend d'où il vient, de quel pays. Si quelqu'un vient de la France ou de Belgique, il n'y a pas de souci. C'est à l'ordre, c'est assez naturel comme on dit. Mais pour certains pays, certaines cultures, c'est hors de question. Dès qu'ils entendent que c'est un prêt avec les intérêts, mais bon, ça ne marche pas. Donc, mais parfois ils vont faire l'effort. Mais ça c'est un apprentissage aussi, que ça, ça fonctionne comme ça. C'est un prêt. Il faut le rembourser avec les intérêts (ACEM)

L'organisme de Montréal souligne que les « prêts et bourses, mais ce n'est pas assez, ce montant-là ». Les IDHQ « doivent faire leur cours à temps plein. [Elles] n'avaient pas d'autres moyens de subsistance donc [ils ont] fait aussi des prêts de subsistance. » Encore faut-il que les IDHQ aient l'information et veuillent s'en prévaloir. Aucune de nos répondantes ne connaissaient l'organisme.

Le Gouvernement québécois a annoncé au printemps 2021 une bonification de quatre millions de dollars du programme de financement du microcrédit pour les professionnels formés à l'étranger¹⁸⁵. Cela contribuera peut-être à mieux faire connaître le programme aux immigrants qui ont reçu une prescription de leur ordre professionnel pour faire une formation d'appoint. L'organisme CREMCV, basé à Montréal et qui a un programme d'accompagnement des professionnels formés à l'étranger dans le domaine de la santé leur parle de microcrédit, « [m]ais il y en a beaucoup qui n'ont pas la culture du crédit, même de la banque et tout ça. Donc ils ne le comprennent, ils sont habitués à ne pas avoir de crédit et tout ça »

Nous présentons les différentes stratégies de financement de nos répondantes dans le Tableau 69.

Tableau 69: Stratégies de financement pendant AEC

Code prénom	Pays de naissance	Prescription OIIQ	Prêts et bourses	Subvention EQ	Chômage	Emplois avant et pendant reconnaissance	Emploi actuel
Anna	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	N	Oui	Oui	PAB pendant 3 ans	Infirmière auxiliaire
Emmanuela	Côte d'Ivoire	AEC - cégep				PAB	Préposée aux bénéficiaires
Franck	Cameroun	AEC - cégep				2015-2018 - PAB depuis 2018 CEPI	CEPI
Grâce	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	Oui			2016 - 2018 PAB 2018 - CEPI 2018 - Infirmière	Infirmière
Patricia	Haïti	AEC - cégep	Oui	Oui		2014 - 2016 Agente de recouvrement à Montréal 2016 - 2017 PAB 2017 Infirmière auxiliaire	Infirmière
Sarah	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	Oui			2016 - 2018 PAB 2018 Études AEC 2019 PAB	Préposée aux bénéficiaires
Gabriela	Brésil	En cours				2016 - PAB 2017 - Vendeuse 2018 - Employée de garderie 2019 - PAB	Chômage COVID 19 - Démarches OIIQ
Julie	France	Stage - 40 jours		na	na	na	Infirmière clinicienne
Nour	Liban	Stage - 40 jours ou AEC - cégep		na	na	na	Infirmière clinicienne
Camille	France	Stage - 75 jours	na	na	na	na	Infirmière clinicienne
Chloe	France	Stage - 75 jours	na	na	na	na	Infirmière clinicienne
Léa	France	Stage - 75 jours		na	na	na	Infirmière clinicienne
Manon	France	Stage - 75 jours		na	na	na	Infirmière clinicienne

À part Sarah, toutes les autres IDHQ ont travaillé comme préposées aux bénéficiaires à temps partiel pendant leurs études. Certaines ont fait une demande de prêts et bourses. Cela a été le cas de Grâce, Patricia et Sarah. Quand elles ont obtenu une subvention d'Emploi-Québec ou quand elles avaient droit au chômage, elles ont pu se faire rembourser les frais d'inscription au cégep (170\$).

Une fois inscrites au cégep, elles doivent aller rencontrer un agent d'Emploi-Québec qui décidera d'un financement, ou pas. Le Cégep du Vieux-Montréal incite toutes les IDHQ à faire une demande auprès d'Emploi-Québec parce que plusieurs dépenses comme les frais d'inscription au cégep et

¹⁸⁵ Gouvernement du Québec. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Communiqué de presse. <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-ministre-jean-boulet-annonce-un-investissement-de-4-millions-de-dollars-pour-la-reconnaissance-des-competences-acquises-a-letranger>

l'immatriculation à l'OIIQ par exemple seront prises en charge. Le Cégep du Vieux-Montréal nous a expliqué que « les gens qui sont financés par Emploi Québec, on va leur prêter tous les manuels, que c'est deux piles comme ça. Il faut qu'ils viennent les chercher avec une valise. Comme ça, deux piles de manuels qu'on va leur prêter pendant toute la durée de la formation jusqu'au premier examen de l'Ordre. [...] On va leur donner un stéthoscope, souliers, deux uniformes. »

L'organisme l'Hirondelle a mentionné que cela pouvait être en fonction de l'enveloppe discrétionnaire de l'agent d'Emploi-Québec, ce qui aurait pour conséquence une différence de traitement entre IDHQ.

Grâce aurait bien aimé travailler le nombre d'heures suffisants pour avoir droit à l'assurance-chômage et commencer l'AEC une session plus tard, mais le cégep lui a dit « Elle m'a dit, non. C'est une opportunité qu'on vous offre. À vous de la saisir ». Elle a donc saisi « l'opportunité ». Une fois inscrite, le cégep lui a apporté tout le soutien nécessaire à la demande de prêts et bourses. « Donc, quand je suis allée au cégep, je suis allée prendre les informations par rapport aux prêts et bourses. Donc là ils m'ont dit, oui, on a fait, on a rempli le dossier tout, tout ensemble puisqu'il y a beaucoup d'éléments que vraiment je ne comprenais pas. Mais en tout cas, l'équipe que j'ai trouvée là-bas, ils m'ont vraiment aidée. »

Avec Emploi-Québec, les IDHQ comme Patricia ont reçu une aide pour « l'autobus et puis le service de garde pour [s]on fils. » et puis « [l]es livres, on me les payait. Emploi Québec me payait les livres. C'était cher mais on me remboursait les livres. Même en été, pour les camps d'été, on payait tout ça pour mon fils. Donc on me facilitait toutes les choses, la garderie. » Étant monoparentale, elle a fait le choix de continuer à travailler pour assurer sa subsistance et celle de son fils.

L'OIIQ a conscience que le financement des IDHQ est un enjeu et soutient les initiatives qui convainquent les IDHQ à travailler dans leur domaine, comme préposées aux bénéficiaires par exemple, pour subvenir à leurs besoins et s'intégrer dans le milieu de la santé.

Nous avons synthétisé les dépenses des IDHQ que nous avons rencontrées dans le Tableau 70. Si l'on fait abstraction des subventions que certaines ont pu avoir sur les frais d'immatriculation pour les stages pendant l'AEC ou l'inscription au cégep, on constate que c'est pour les IDHQ venant avec l'ARM que les dépenses sont les moins importantes, et se limitent à l'ouverture du dossier à l'OIIQ et à l'immatriculation pour le stage de 75 jours, soit 900 à 1000\$, alors même qu'elles sont rémunérées pendant leurs stages et qu'elles ont un emploi assuré à la fin du stage. Ensuite viennent les IDHQ qui font un stage de 40 jours, elles doivent déboursier 1500\$. Ce sont les IDHQ qui doivent retourner au cégep qui ont les frais les plus importants comme nous le constatons dans le

Tableau 70. Elles ont dû déboursier entre 3570\$ et 5600\$ sans avoir d'autres revenus qu'un travail de préposée aux bénéficiaires à temps partiel, en plus de leurs études à temps plein et des prêts et bourses à rembourser après leurs études. Rappelons qu'elles ne sont pas rémunérées lors de leurs stages durant l'AEC.

Tableau 70: Dépenses pour la reconnaissance des compétences

Code prénom	Pays de diplomation	Coût ouverture de dossier OIIQ	Prescription OIIQ	Frais formation PAB	Inscription AEC	Formation en plus préparation exams	Formation individuelle	Formation en groupe	Formation en ligne	Montant tentatives examen OIIQ	Coût ouverture dossier OIIAQ	Coût examen OIIAQ	Coût des démarches
Anna	Côte d'Ivoire	700	AEC - cégep	400	170	Oui	320	320	400	1800	700	600	5410
Emmanuela	Côte d'Ivoire	700	AEC - cégep	400	170	na	na	na	na	na	na	na	1270
Franck	Cameroun	700	AEC - cégep	400	170	Oui	Non	400	250	1800	na	na	3720
Grâce	Côte d'Ivoire	700	AEC - cégep	400	170	Oui	na	300	na	1200	na	na	2770
Patricia	République dominicaine	700	AEC - cégep	400	170	Oui	oui	na	oui	1200	700	600	3370
Sarah	Côte d'Ivoire	700	AEC - cégep	400	170	Oui	na	na	en cours	600	700	600	3170
Gabriela	Brésil	800	En cours	400	na	na	na	na	na	na	na	na	1200
Julie	France	700	Stage - 40 jours	na	na	Non	na	na	na	600	na	na	1300
Nour	Liban	700	Stage - 40 jours ou AEC - cégep	na	na	Non	na	na	na	600	na	na	1300
Camille	France	800	Stage - 75 jours	na	na	na	na	na	na	na	na	na	800
Chloe	France	700	Stage - 75 jours	na	na	Non	na	na	na	na	na	na	700
Léa	France	700	Stage - 75 jours	na	na	Non	na	na	na	na	na	na	700
Manon	France	700	Stage - 75 jours	na	na	Non	na	na	na	na	na	na	700

3.2.2.6. L'évaluation du français

Que ce soit dans le processus d'immigration, dans celui de la reconnaissance des compétences ou pour intégrer leur profession, les IDHQ doivent se soumettre à des tests de français. Pour l'immigration, un test est obligatoire depuis 2013 comme nous l'avons mentionné précédemment, même pour les personnes venant de pays francophones. Durant le processus de reconnaissance des compétences, certaines IDHQ doivent démontrer avoir le niveau requis en français pour suivre l'AEC par exemple ou alors cours suivre la francisation du MIFI pour se mettre à niveau. Enfin, les IDHQ non francophones doivent passer et réussir l'examen de l'OQLF pour obtenir leur permis d'exercice.

Nous avons choisi de mentionner la langue dans les blocages même si pour les IDHQ que nous avons rencontrées, cela n'a pas été un enjeu car elles étaient toutes francophones, sauf Gabriela. Cependant, les acteurs avec lesquels nous avons échangé ont souligné que c'était un enjeu très important. Nous n'avons pas réussi à rencontrer d'IDHQ anglophones ou allophones qui auraient pu nous informer sur leur expérience et comparer leur perception de la situation par rapport à la perception des acteurs, nous n'avons donc pas de données à ce sujet.

Certains acteurs comme l'Association des infirmières libanaises de Montréal soulignent que la connaissance de la langue est un enjeu « très important, très, très important [...] Très majeur. Je suis un professionnel de la santé qui s'en occupe de la sécurité de mon patient. Comment je vais m'assurer que la sécurité n'est pas mise en danger si je ne suis pas capable de communiquer avec la personne et comprendre dans quelle situation elle est. » Et c'est à plusieurs niveaux : la

connaissance du français, mais également la « compréhension des mots de la langue française que ici n'est pas la même comme la langue française de la France » (Association des infirmières libanaises de Montréal) par exemple. Selon elle, c'est un enjeu par rapport aux anglophones, mais également aux allophones.

3.2.2.6.1. La francisation

Les personnes immigrantes anglophones et allophones qui arrivent au Québec sont invitées à suivre les cours de francisation offerts par le MIFI qui ne sont pas obligatoires.

Certaines IDHQ, comme Gabriela, commencent leur francisation avant d'arriver. Elle a « fait six mois intensifs au Brésil ».

D'autres vont devoir aller en francisation avant de pouvoir s'inscrire à l'AEC parce que les cégeps font des tests de français à l'admission et rejettent les candidatures des IDHQ dont le niveau de français n'est pas suffisant.

3.2.2.6.2. Test de français à l'entrée du cégep

Les cinq cégeps qui offrent l'AEC prescrite par l'OIIQ ont un processus de sélection à l'entrée dont fait partie l'évaluation du français. Ils font « passer des tests de français parce qu'il y en a que, ils veulent bien mais leur connaissance de français les limite trop » (Cégep Édouard-Montpetit) Par exemple, pour le Cégep Édouard-Montpetit, c'est une dictée, pour le Cégep du Vieux-Montréal « Rien de compliqué, il faut juste répondre à une question de développement pour évaluer le français. »

Au Cégep Édouard-Montpetit, ce sont la moitié des postulantes qui ont échoué à ce test ces dernières années [nous avons rencontré cet acteur en 2018]. Nous pouvons avancer l'hypothèse que ces taux d'échecs sont liés à l'arrivée massive d'IDHQ non francophones (Philippines et Indiennes) admises au Québec depuis 2015-2016. Ce sont des personnes qui sont parfois anglophones, parfois allophones. Si elles ne passent pas par la francisation avant de s'inscrire, on peut comprendre qu'elles échouent aux tests de sélection des cégeps.

Le Cégep Vieux-Montréal demande aux IDHQ d'avoir une note minimum de 60% pour être acceptée afin d'être en mesure de rédiger les nombreux travaux à remettre, se faire comprendre de l'équipe pédagogique mais « aussi et surtout, parce qu'une fois qu'ils s'en vont en stage, [...], il faut qu'ils écrivent les notes du dossier de patient. Et donc quelqu'un qui fait beaucoup de fautes en français, on n'arrive pas à comprendre le sens. Vous comprenez, il y a un patient là, il y a une personne. Et donc nous, on doit s'assurer d'un français satisfaisant. » (Cégep du Vieux-Montréal) Il ne s'agit pas seulement que le français écrit soit bon, il faut qu'il y ait une bonne compréhension orale de part et d'autre. Certaines IDHQ sont excellentes à l'écrit mais ne comprennent pas quand

les professeurs parlent et ces derniers ont du mal à comprendre les IDHQ en retour, ce qui a des conséquences. C'est ce que souligne le Cégep du Vieux-Montréal :

Parce qu'il y en a, c'est le cas malheureusement de beaucoup de personnes de l'Asie, ce sont des gens tellement studieux que des fois, ils vont avoir 90% au niveau de l'écrit mais j'ai de la difficulté à les comprendre. Puis ces gens-là ont de la difficulté à me comprendre. Donc c'est sûr qu'on ne peut pas prendre une personne, ça serait complètement irresponsable de ma part parce que je mets cette étudiante en position d'échec tout de suite. Elle ne pourra pas suivre, personne ne va la comprendre.

Les cégeps évaluent le français pour éviter de mettre en échec les IDHQ qui n'ont pas le niveau selon eux. Ils vont recommander à ces personnes d'aller faire la francisation et de se présenter ensuite à l'admission à l'AEC, « autant de fois qu'ils le veulent [...] jusqu'à ce qu'elles réussissent. Et après, on les prend. Tôt ou tard, on finit par les prendre parce qu'ils vont s'améliorer (Cégep du Vieux-Montréal).

Au John Abbott College, même si la formation est en anglais, le niveau de français est aussi évalué à l'admission. Selon le cégep, la perception de certaines IDHQ allophones quant au niveau de français demandé dans son établissement qui est anglophone serait fautive :

Les Iraniens, à un moment donné, je ne sais pas. Je ne suis pas sûre pourquoi parce qu'ils ont de la difficulté avec le français et l'anglais. Ils ne parlent ni l'un ni l'autre. Mais ils s'imaginent qu'ils peuvent venir faire le cours en anglais parce que c'est plus facile. Mais non, ce n'est pas. Puis en plus, il faut qu'ils parlent français. Il faut qu'ils apprennent les deux langues en même temps. Alors ils confondent les deux langues souvent. (John Abbott College)

Elle nous a expliqué comment elle traitait les demandes par rapport au niveau de français et comment elle explique aux IDHQ qu'il faut tenir compte de la situation où dans les hôpitaux ils peuvent avoir besoin de l'anglais, mais surtout du français :

Avant, je choisissais la date de la lettre parce qu'il y a quand même une expiration. Là, je regarde ceux qui ont le français le plus élevé. Ensuite, je les catégorise avec la lettre et je regarde ceux qui ont un bon français et qui ont une lettre qui est plus ancienne, en autant que leur anglais est adéquat [...] Et puis maintenant, ce que je leur dis, c'est un programme d'intégration pour pratiquer au Québec. Au Québec, tu as quand même besoin du français même si on offre le cours en anglais et puis qu'on pratique dans les hôpitaux anglophones. Dans le fond, ce sont des hôpitaux bilingues parce que les patients sont des deux langues et vous devez offrir le service en français si le patient est francophone.

Le John Abbott College explique aux IDHQ qu'elle a changé ses critères d'évaluation du français et d'admission parce que « les employeurs n'employaient aucun de nos étudiants parce que vous ne parlez pas français. » Selon ce cégep, la maîtrise du français par les allophones facilite la rétention de ces IDHQ au Québec. Elle a « remarqué [que] plus ils sont avancés dans la francisation, puis ils restent aussi. » (John Abbott College)

3.2.2.6.3. *L'examen de français de l'OQLF*

Pour obtenir leur permis d'exercice de l'OIIQ, les IDHQ doivent démontrer qu'elles ont « une connaissance du français appropriée à l'exercice de leur profession¹⁸⁶ » et certaines doivent, pour ce faire, passer et réussir l'examen de français de l'OQLF. De nos répondantes IDHQ qui ont eu leur permis de l'OIIQ, seule Julie, française arrivée en 2008 nous a parlé d'une évaluation qu'elle a eu à faire pour obtenir son permis de l'OIIQ : « C'était une lettre. Comment c'était? L'OIIQ, c'était comme la profession d'infirmière. C'est ça, c'est un truc sur la profession infirmière. » Ce qui est assez surprenant étant donné qu'aucune des autres IDHQ francophones que nous avons rencontrées et qui ont obtenu leur permis n'a eu à passer l'examen de l'OQLF car elles étaient francophones. 10 ans s'étant écoulés entre ce test et notre entrevue, peut-être que Julie a confondu avec un autre test. Selon les acteurs que nous avons rencontrés, les IDHQ peuvent passer cet examen à tout moment durant leur parcours de reconnaissances de leurs compétences professionnelles, « mais la majorité vont y aller après l'examen. » (OIIQ).

3.2.2.7. *Les blocages*

Nos répondants ont identifié plusieurs blocages durant le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ qui peuvent ralentir sérieusement le processus de reconnaissance soit : l'accès aux stages, la barrière de la langue et les différences culturelles.

3.2.2.7.1. *L'accès aux stages*

Comme nous l'avons vu précédemment, en fonction de la prescription de l'OIIQ, trois processus sont possibles pour les IDHQ : soit elles doivent s'inscrire à l'AEC durant laquelle elles doivent participer à quelques semaines de stage, soit elles ont un stage obligatoire de 40 ou 75 jours à réaliser. Ces trois types de stages nécessitent de la place dans les milieux d'accueil et du personnel pour évaluer et encadrer les stagiaires.

D'abord, concernant le stage de 75 jours, les IDHQ que nous avons rencontrées venues avec l'ARM n'ont pas eu beaucoup de difficultés pour trouver un stage, même si pour Camille par exemple, cela a demandé d'effectuer des recherches auprès de plusieurs établissements car il y a des restrictions. En effet, seuls les établissements publics peuvent accueillir ces stagiaires.

J'avais essayé de contacter McGill, je crois, ou d'envoyer des CV à McGill où je savais qu'ils faisaient des équivalences. Parce qu'en fait, le problème, c'est qu'il faut trouver un endroit, un hôpital qui fait le stage de 75 jours. Et tous les endroits ne le font pas. Donc il y avait le CHUM qui le faisait en 2017, il y avait l'hôpital Maisonneuve-Rosemont qui le faisait. Sainte-Justine et en haut, je ne me souviens plus, tout en haut,

¹⁸⁶ Site de l'OQLF. Ordres professionnels. Examens de français pour les ordres professionnels.
https://www.oqlf.gouv.qc.ca/francisation/ordres_prof/ordres.html

l'hôpital qui est dans le nord de Montréal. Il y en a un autre en haut qui le faisait. Mais les autres, ils ne le font pas. Les cliniques ne le font pas, donc vous ne pouvez pas travailler. Tous les organismes privés ne le font pas et c'est interdit. C'est que des publics. (Camille)

Camille est venue avec un Permis vacances travail (PVT) et a cherché un emploi au Québec avant de quitter la France, ce qui a été le cas de toutes nos répondantes françaises. Que ce soit par leur propres moyens ou par l'entremise de Recrutement Santé Québec, elles avaient toutes la possibilité d'avoir un contrat de travail avec un établissement de santé qui les accueillait d'abord pour faire leur stage.

Le CIUSSS en région que nous avons rencontré nous a confié concernant les stages de 75 jours que la pratique n'est répandue que depuis peu de temps : « il y a deux ans [en 2016], très peu d'établissements de santé offraient ces stages-là, ces 75 jours-là parce que c'est des stages qui sont rémunérés pendant 75 jours donc on parle quand même d'un gros montant qui sont à offrir. Donc très peu allaient vers ces stages-là parce qu'il n'y avait quand même pas nécessairement un très, très gros besoin. » (CIUSSS région) Mais dès que les établissements ont eu des besoins importants de main-d'œuvre qu'ils ont décidé de combler avec des infirmières françaises, ils ont offert des stages de 75 jours parce que les infirmières françaises « sont embauchées avant. Le stage est rémunéré puis elles sont embauchées dès le début du stage. » (CIUSSS Région)

Ensuite, concernant le stage de 40 jours, la difficulté réside, dans le manque de « disponibilité pour encadrer ces personnes-là » (Cégep Édouard-Montpetit) étant donné la charge de travail dans les milieux hospitalier. Cela a pour conséquences que les IDHQ vont s'inscrire à l'AEC plutôt que faire un stage, comme en témoigne le Cégep Limoilou : « Par contre, c'est difficile de se trouver un milieu où est-ce qu'ils vont être acceptés pour faire seulement leur stage. Donc, ils vont faire ici faire le programme. » Certains organismes qui accompagnent les IDHQ nous ont parlé de ces difficultés à trouver un stage mentionnant que c'était « un goulot d'étranglement. » (Q2)

Ces difficultés d'accès à des stages sont connues et ont déjà été dénoncées par l'OIIQ (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2016). Pour celles qui se font prescrire un stage de 40 jours, les difficultés perdurent, mais une initiative¹⁸⁷ dans un CIUSSS de Montréal offre un accompagnement et une structure pour ces IDHQ. Subventionné par Emploi-Québec, ce programme est une « collaboration intersectorielle et interministérielle initié par le Bureau d'intégration des nouveaux arrivants à Montréal. Il comprend la participation de Recrutement Santé Québec (RSQ), de l'Ordre

¹⁸⁷ Nous présentons ce programme plus loin dans ce chapitre.

des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et du CIUSSS NIM comme milieu clinique¹⁸⁸. » Ce programme n'est pour le moment pas offert dans les autres CIUSSS de la province, même s'il est connu.

Enfin, le difficile accès aux stages concerne également les stages pratiques durant l'AEC. En effet, il y aurait une hiérarchie quand vient le temps de choisir les stages des futures infirmières aux études. Et cela n'est pas toujours lié au fait que ce soient des personnes immigrantes. Comme nous l'ont expliqué les cégeps que nous avons rencontrés, la priorité est donnée d'abord aux étudiantes de l'université, ensuite celles du DEC et enfin seulement viennent les IDHQ de l'AEC. Les cégeps trouvent cela « très injuste » (Cégep Vieux-Montréal) mais n'ont pas la possibilité de changer cela. Pour les IDHQ de l'AEC, les cégeps ont ajouté que, non seulement elles n'arrivaient qu'après tout le monde, donc le choix des plages horaires et des stages est réduit, mais elles ont souvent des heures de soirs et le week-end, mais qu'en plus, elles étaient victimes de discrimination.

3.2.2.7.2. *La barrière de la langue*

3.2.2.7.2.1. LA CONNAISSANCE DU FRANÇAIS

Les acteurs sont unanimes pour dire que la langue française, quand elle n'est pas maîtrisée, est un obstacle à la reconnaissance des compétences professionnelles et à l'intégration dans la profession des IDHQ, comme l'a fait remarquer PROMIS lors de commentaires sur l'examen de l'OQLF sur le schéma de la reconnaissance « [p]uis l'exigence linguistique qui est vraiment en pointillé, en tout petit, mais qui est vraiment un enjeu majeur ».

Nous avons vu précédemment que pour être sélectionnées par le MIFI, le niveau d'études, le domaine de formation et la connaissance du français étaient importants. Le MIFI a souligné qu'avec la grille de 2013, plusieurs Philippines et indiennes non francophones avaient été admises entre 2016 et 2018, comme nous l'avons montré sur le *Tableau 54: Distribution des travailleurs qualifiés admis, profession infirmière, au Québec, 2008 à 2018, par pays de naissance*. D'après les acteurs que nous avons rencontrés, ces IDHQ ont plus de difficultés à cause de la méconnaissance du français durant le processus de reconnaissance. En effet, selon eux, que ce soit lors du stage de 40 jours ou pour l'accès et la réussite de l'AEC, le parcours des IDHQ allophones et même des anglophones, c'est un problème. Ils y voient « un lien direct avec les échecs. » (Cégep Édouard-Montpetit). Cela se voit d'abord pendant les cours, car la matière est mal comprise et les travaux écrits ne sont pas au niveau requis. Ensuite, durant les stages, il y a des problèmes de communication et de compréhension,

¹⁸⁸ Bulletin interne du CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal. Le Nordet. Automne 2018, volume 4, numéro 3. LE PTIF. Un projet novateur pour l'intégration sociale et professionnelle des infirmières diplômées hors Canada.

donc les milieux sont très réticents à les accueillir, voire refusent de prendre des stagiaires. Enfin, les échecs aux examens de l'OIIQ et de l'OQLF sont nombreux pour ces IDHQ. Cela a été souligné par le Commissaire également lors de notre entrevue qui pense que l'on « a un petit problème parce que les gens nous arrivent, ils sont incapables de vraiment subir un examen de l'ordre ou de suivre des cours lorsqu'on leur prescrit formation d'appoint. »

Les conséquences sont nombreuses. Premièrement, les IDHQ qui ne peuvent pas s'inscrire à l'AEC vont être incitée à faire leur francisation avant de commencer leur parcours de reconnaissance. Elles peuvent ensuite revenir dans le processus, mais également décider de changer de métier, ou de province. Deuxièmement, celles qui réussissent malgré un faible niveau de français vivent plusieurs échecs et doivent recommencer certains cours ou stages. Comme nous l'avons vu dans les statistiques de l'OIIQ, cela allonge considérablement le processus de reconnaissance des compétences professionnelles alors qu'elles sont reconnues compétentes pour la profession, mais pas dans la langue. Troisièmement, nous l'avons mentionné, les milieux d'accueil sont réticents à les accueillir en stage, mais aussi en emploi.

Enfin, et c'est une perte pour la province, une fois qu'elles sont diplômées, elles quittent pour le reste du Canada ou pour les États-Unis car même si « À Montréal, tu peux vivre parfaitement juste en anglais » (MSSS), cela reste « une béquille » car les milieux de travail sont francophones. C'est aussi ce que le John Abbott College a constaté : « c'est que les employeurs n'employaient aucun de nos étudiants parce que vous ne parlez pas français. Fait qu'ils sont frustrés puis ils s'en vont. Je remplis des documents, des équivalences parce qu'ils s'en vont ailleurs. Celui-là, ça c'est aux États-Unis. Celui-là, Ontario. Lui, c'est États-Unis aussi. Ontario. États-Unis. [...] puis ils essaient d'avoir les équivalences puis aller travailler ailleurs où est-ce qu'ils n'ont pas besoin de faire le français. »

Pour pallier cet obstacle, les cégeps veulent développer des cours de perfectionnement en français car il n'y a pas de cours de langue prévu à l'AEC. Lorsque nous les avons rencontrés, les cégeps de Limoilou et Édouard-Montpetit étaient en attente d'un financement du MIFI pour des projets allant dans ce sens, le John Abbott College attendait lui du financement pour ajouter un cours de français durant l'AEC anglophone. Si les IDHQ originaires des Philippines, de l'Inde, de l'Iran et du Brésil ont été mentionnées comme ayant plus de difficultés avec le français parce que c'est souvent leur troisième langue, les cégeps ont également souligné que, pour certaines francophones, le niveau de français pouvait être « insuffisant. [...] Selon le Cégep Limoilou « même les Africains ou les Haïtiens qui parlent français... ce n'est pas juste... et même les Tunisiens, là. Ce n'est pas dans le français comme parlé au quotidien, c'est vraiment dans la compréhension du sens des mots utilisés. [...] Donc, ça, à ce niveau-là, ce sont des choses qui sont plus difficiles. » C'est un point qui a été

mentionné aussi par le Commissaire qui parle de « faux francophones » : « Le Maghreb est considéré de plus en plus par toutes sortes de gens qui ont évalué les compétences linguistiques, comme des faux francophones. Ce sont des pays de la Francophonie qui ont déjà eu le français très présent dans leur vie de société. »

La barrière à ce genre de projet reste le financement car, comme le souligne le Cégep Édouard-Montpetit, les cégeps peuvent travailler les contenus des formations, c'est leur métier, mais ils ont besoin d'être financés pour éviter que ce soit les IDHQ qui payent pour cela et « alourdir les coûts pour les étudiants. »

À part Gabriela qui a dû apprendre le français puisque ce n'était pas sa langue maternelle, toutes nos répondantes IDHQ étaient francophones et n'ont pas mentionné avoir eu de difficultés avec la langue, que ce soit pour suivre des cours ou pour passer l'examen. Il aurait été intéressant d'avoir le point de vue de non francophones pour le comparer avec celui des acteurs rencontrés.

Des acteurs comme PROMIS, le Commissaire et les avocats en immigration s'accordent pour dire que les évaluations du niveau de français devraient se faire avant d'entamer le processus de reconnaissance des compétences, voire avant l'arrivée au Québec. Les IDHQ pourraient profiter du traitement de leur dossier d'immigration pour commencer l'apprentissage du français.

Selon le Commissaire, non seulement on devrait informer les candidats à l'immigration du niveau demandé, mais également offrir le soutien et les services nécessaires à une bonne francisation avant l'arrivée. Selon lui, « l'évaluation du français, les services de francisation mais avant l'arrivée, avant de débiter le parcours migratoire, ainsi que le parcours d'admission à l'ordre professionnel, c'est très important. »

3.2.2.7.2.2. LA CONNAISSANCE DE L'ANGLAIS

La connaissance de l'anglais a été mentionnée à deux reprises lors de nos entrevues.

D'abord, le John Abbott College a évoqué une situation problématique avec une communauté en particulier dont le niveau d'anglais « était tellement mauvais qu'on a eu beaucoup de problèmes à l'hôpital » ce qui a entraîné des refus de places de stages dans cet établissement ensuite. Ce qui soulève la question de la place et l'usage de l'anglais à Montréal.

Puis, Manon, qui travaille à Montréal, pense avoir « perdu plusieurs opportunités d'emploi à cause de [s]on anglais. » Elle était surprise car lors des séances d'information en France on lui avait dit que le Québec était francophone et qu'elle n'aurait pas besoin d'être bilingue. Selon elle, « ce n'est pas vrai qu'on n'a pas besoin de parler anglais. Il faut être bilingue. »

3.2.2.7.3. *Les différences culturelles*

Des acteurs comme les cégeps, les organismes d'accompagnement ou encore des employeurs nous ont parlé des différences culturelles comme « une des grosses difficultés » (Cégep Limoilou) que

rencontrent les IDHQ dans leur parcours de reconnaissance des compétences. C'est un sujet qui a déjà été largement étudié (Blythe et al., 2009; Boulais, 2013; Charles, 2011; Ogilvie et al., 2007; Primeau, 2015; Primeau et al., 2014) et nos résultats sont identiques.

Ce que nos répondants mettent de l'avant ce sont essentiellement les relations hommes-femmes quand il s'agit de donner des soins ou pratiquer une auscultation intime au sexe opposé ou encore le rythme et le stress lié aux attentes des milieux d'accueil comme l'explique le Cégep Limoilou : « Mais nous, ici, que tu sois un homme ou une femme, tu vas t'occuper d'un homme ou d'une femme. Tu sais, peu importe le sexe, peu importe qui c'est. Alors, d'aller faire une toilette basse à une femme quand tu es un homme, ils ont peur d'être jugés, ils ont peur d'avoir une plainte. Ils ont peur parce qu'on parle beaucoup du code de déontologie. »

Ce que tous ont souligné cependant, c'est le rôle et l'autonomie qui sont donnés aux infirmières au Québec qui sont fort différents ailleurs. Le Cégep Limoilou donne l'exemple suivant : « Dans plusieurs des pays ils exécutent ce que médecin va demander. Alors qu'au Québec on est les yeux du médecin sur le plancher, quand le médecin passe bien il va regarder ce que nous on a dit pour après ça un peu construire ce qu'il va faire. On a un défi de rendement ici au Québec qui n'est pas le même non plus nécessairement dans tous les pays. »

3.2.2.8. Les facilitateurs

La perception de ce qui facilite le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ est un peu différent selon le point de vue exprimé.

Pour le MSSS, les projets¹⁸⁹ initiés par le gouvernement (PTIF et Emplois de transition) sont un succès et conduisent à un meilleur taux de réussite à l'examen de l'OIIQ en plus d'une meilleure intégration professionnelle. Le projet PTIF est une initiative du BINAM, le Bureau d'intégration des nouveaux-arrivants à Montréal, une collaboration de RSQ, de l'OIIQ et du CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal qui accueille les stagiaires 40 jours, avec un financement d'Emploi-Québec.

Les cégeps quant à eux nous ont plutôt expliqué que ce qui facilitait la reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ, c'était, au niveau de l'AEC, surtout la maîtrise du français et de venir d'un pays où le système de santé est similaire à celui du Québec comme ceux de « l'Amérique du Sud, la Colombie ou autres, du Brésil. » (Cégep Édouard-Montpetit) L'intégration dans le programme se passe alors beaucoup mieux.

¹⁸⁹ Nous ne présentons ici que le projet concernant le stage de 40 jours. Nous présenterons le projet Emplois de transition de RSQ dans la partie intégration dans la profession d'infirmière plus loin dans ce chapitre au point 3.3.1.1.1 Emplois de transition et régionalisation p. 337

Du point de vue des IDHQ, celles qui sont venues avec l'ARM sont globalement satisfaites car cette voie simplifie grandement les démarches avec l'OIIQ et compléter leur dossier n'est pas un enjeu comme pour les autres IDHQ. Léa explique qu'à l'OIIQ « ils ont l'habitude de recevoir des infirmières françaises [...] ». Donc les démarches au niveau de l'Ordre ici se sont vraiment très bien faites. Ça n'a vraiment pas été un problème. » Certaines ont mentionné que si elles avaient dû retourner aux études ou passer par un processus plus long que celui du stage de 75 jours, elles n'auraient tout simplement pas choisi de venir au Québec. Également, pour les IDHQ qui doivent faire un stage de 40 ou 75 jours, le fait que ce soient des stages rémunérés leur facilite grandement la vie durant la période de reconnaissance comme le résume Manon : « Bien, on a été quand même payé, donc je n'ai pas eu de coûts associés outre qu'acheter mes blouses que je n'avais pas l'habitude de faire, qu'acheter mon uniforme. Mais sinon, le fait d'avoir accès à un salaire pendant ce stage, j'ai trouvé ça facile. Si j'avais dû avoir à vivre pendant trois mois, être en stage sans être payé, là ça aurait été une autre histoire. Mais je n'ai pas eu de coûts associés en tant que tels. Ça n'a pas été un défi pour moi. » (Manon). Enfin, pour celles qui devaient passer par l'AEC pour la reconnaissance de leurs compétences professionnelles, ce sont plutôt les aides financières qui ont facilité le parcours, même si ce n'est pas toujours suffisant et qu'elles ont parfois dû travailler comme préposées aux bénéficiaires pendant leurs études.

Dans cette deuxième sous-section, nous avons exposé les épreuves par lesquelles doivent passer les IDHQ pour faire reconnaître leurs compétences professionnelles à la suite de la prescription de l'OIIQ. D'abord, nous avons détaillé le programme d'intégration à la profession d'infirmière sanctionnée par une AEC spécialement conçu pour les IDHQ auxquelles l'OIIQ prescrit cette formation d'appoint et énuméré les formations « maison » proposées par les cégeps offrant l'AEC pour compléter la formation des IDHQ. Puis, nous avons exposé les différents stages offerts aux IDHQ en fonction de la voie de la reconnaissance des compétences, soit le stage en milieu clinique de 40 jours et le stage d'adaptation en milieu clinique de 75 jours. Ensuite, nous avons précisé les conditions de réussite de l'examen de l'OIIQ. Nous avons de plus indiqué quels financements étaient disponibles pour les IDHQ durant leurs études. Également, nous nous sommes attardée sur les différentes épreuves d'évaluation du français des IDHQ durant le processus de reconnaissance de leurs compétences. Enfin, nous avons fait état des blocages et des facilitateurs rencontrés par nos répondantes.

Dans la prochaine sous-section, nous examinons la représentation de la reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ.

3.2.3. *Légitimité et reconnaissance institutionnelle*

L'obligation de suivre le Programme d'intégration à la profession d'infirmière, de faire un stage ainsi que réussir l'examen de l'OIIQ, sont des épreuves que les acteurs institutionnels mettent en œuvre pour réduire leurs incertitudes sur les compétences théoriques et pratiques des IDHQ. Ils veulent avoir la certitude que les IDHQ pourront pratiquer selon les standards et les normes québécois pour assurer à la protection du public.

3.2.3.1. Les normes et standards québécois – Comprendre le rôle de l'infirmière au Québec

L'incertitude des acteurs, et notamment de l'OIIQ, ne semble pas se situer tant dans la formation initiale, qui est reconnue à différents niveaux, puisqu'au Québec, deux niveaux de formation donnent accès à la profession d'infirmière. Le questionnement vient plutôt du risque quant à la compréhension du rôle de l'infirmière au Québec, qui est très spécifique à la province.

Le jugement de la qualité de la formation initiale se porte sur le niveau de la formation initiale comparable au Québec, mais également prend en considération l'expérience professionnelle qui viendra compléter l'évaluation. Ce qui permettra à l'Ordre de juger si l'IDHQ est en mesure de remplir un rôle d'infirmière clinicienne ou technicienne.

L'OIIQ, pour reconnaître complètement les compétences professionnelles des IDHQ, s'attend avec la mise à niveau, que ce soit par un stage ou avec le programme d'intégration à la profession d'infirmière, à ce que les IDHQ se familiarisent avec le milieu de la santé québécois et au vocabulaire utilisé ici. Mais surtout, l'Ordre reconnaît que ce sont des infirmières à qui il manque la connaissance des normes et standard québécois et du rôle de l'infirmière. En effet, plusieurs acteurs comme les cégeps, les organismes d'accompagnement ou encore le MSSS ont mentionné à plusieurs reprises à quel point le rôle de l'infirmière et son autonomie au Québec sont importants. L'OIIQ l'explique ainsi : « [c]es gens-là ne vont pas apprendre à être infirmière parce qu'on prend pour acquis qu'elles sont infirmières. Mais les attentes au Québec sont fort différentes que dans d'autres pays. Le degré d'autonomie de l'infirmière est assez grand au Québec. » (OIIQ)

Nous avons mentionné que les différences culturelles peuvent être un blocage durant le processus de reconnaissance des compétences professionnelles. La compréhension du rôle de l'infirmière et le degré d'autonomie en est un selon les acteurs. Il est pour eux fondamental que les IDHQ aient conscience de leur rôle, mais également du rôle de chaque personne dans l'équipe - infirmière, infirmière auxiliaire, sage-femme ou encore médecin - et donc des actes qui sont liés à ces rôles. Au Québec, « il y a quand même des façons différentes d'accorder des titres professionnels ou de reconnaître en fonction des titres professionnels. » (CIUSSS Montréal)

C'est une des raisons pour lesquelles le MSSS, les employeurs ou encore les cégeps nous ont dit que c'était une bonne chose que les IDHQ commencent par une immersion dans le système de santé par le biais du travail de préposé aux bénéficiaires pour celles qui doivent faire l'AEC ou celui des stages pour les autres. Ainsi, « [q]uand elles arrivent comme infirmières, elles ont juste à se concentrer sur le rôle de l'infirmière parce que tout le reste est déjà acquis. » (MSSS)

L'autonomie de l'infirmière est revenue souvent durant les entrevues avec les acteurs, ainsi que la capacité à démontrer un « jugement clinique » et prendre des décisions. Les acteurs comme le Cégep Édouard-Montpetit sont « très, très conscients que le rôle de l'infirmière à l'étranger, et [...] dans presque même l'Europe, est très différent au rôle ici. » alors qu'au Québec « [l]e rôle de l'infirmière ici, c'est quelqu'un que son rôle est très ... ce sont des infirmières qui sont très autonomes et où le jugement clinique est extrêmement demandé. » Du point de vue des acteurs, ces IDHQ étaient, dans leur pays d'origine, des exécutantes, alors qu'ici elles doivent prendre des décisions et « [p]our certains, ça fait peur. » (Cégep Édouard-Montpetit)

Durant le processus de reconnaissance des compétences, ce sont des éléments qui peuvent faire défaut aux IDHQ. Par exemple, le Cégep Limoilou nous dit que « Dans plusieurs des pays ils exécutent ce que médecin va demander. Alors qu'au Québec on est les yeux du médecin sur le plancher, quand le médecin passe bien il va regarder ce que nous on a dit pour après ça un peu construire ce qu'il va faire. On a un défi de rendement ici au Québec qui n'est pas le même non plus nécessairement dans tous les pays. » Promis a insisté sur le fait que « certaines lacunes au niveau de l'autonomie » ont été observées.

Si le programme d'intégration à la profession d'infirmière est « très exigeant » et permet de « mettre à jour les protocoles » (Cégep Édouard-Montpetit), c'est l'examen qui permet de valider que les IDHQ ont bien compris le rôle de l'infirmière au Québec et l'autonomie attendue dans la prise de décision et de responsabilité.

Si les acteurs ont souligné l'importance du rôle de l'infirmière et des normes québécoises comme l'autonomie et la prise de décision dans les évaluations de la reconnaissance des compétences professionnelles, les IDHQ en revanche ne les ont pas mentionnés, ce qui montre l'importance accordée par les acteurs à ces compétences.

3.2.3.2. La représentation de la reconnaissance des compétences

3.2.3.2.1. *Les acteurs : des points de vue divergents*

Si les acteurs s'entendent pour dire qu'une reconnaissance des compétences des IDHQ est nécessaire, que ce soit au moyen d'un stage ou d'une formation d'appoint, certaines divergences apparaissent dans leur représentation de la reconnaissance et des épreuves y menant.

Du point de vue du gouvernement, le MSSS s'assure lors de ses échanges avec les IDHQ qui veulent immigrer au Québec qu'elles ont bien compris que certaines pourraient être obligées de faire un retour aux études et que cela entre bien dans leur projet professionnel et personnel d'immigration puisque « c'est tellement individuel qu'on ne peut pas se mettre à la place du candidat », mais la décision appartient aux IDHQ. Le ministère se dédouane en disant :

Ce n'est pas à nous à prendre la décision. C'est pour ça que nous, on parle de temps de réflexion et non pas un processus dans lequel ils doivent absolument suivre. On vous parle de ces étapes-là, vous devez réfléchir puis après ça, c'est à vous à prendre vos décisions. Vous êtes autonomes. (MSSS)

Le MSSS estime que le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ sera facilité si les IDHQ occupent des « emplois de transition comme préposés aux bénéficiaires dans un premier temps ». Cela aurait plusieurs avantages lors du processus : « travailler dans un emploi alternatif pour améliorer leur français, avoir à ce moment-là une intégration progressive dans le secteur de la santé » (MSSS) et donc connaître le milieu et démystifier le rôle de l'infirmière au Québec, et enfin avoir des meilleurs taux de réussite à l'examen de l'OIIQ. Ces constats ont été faits dans le cadre du projet sur les emplois de transition. Le MSSS considère que c'est « un beau succès » car toutes les IDHQ de ce programme « ont tous réussi l'examen de l'Ordre pratiquement du premier coup. Ce qui est assez rare, de réussir l'examen du premier coup pour des diplômés hors Canada. Souvent, ça va au deuxième coup ou au troisième coup. Et eux autres, c'était vraiment dans les premiers coups. » (MSSS)

Du point de vue des cégeps, certaines critiques sont apparues. Deux constats émergent de nos entrevues avec les établissements qui dispensent l'AEC. Premièrement, certains, comme le Cégep Édouard-Montpetit, s'interrogent sur l'évaluation des dossiers des IDHQ par l'OIIQ et se demandent « de quelle façon ils procèdent » et parfois elle se « pose des questions-là parce qu'il y en a que [les cégeps] n'accepterait pas. Si [ils] avai[en]t le choix, admettons, [ils] n'accepterai[en]t pas. » (Cégep Édouard-Montpetit) Ainsi, les cégeps remettent parfois en question l'acceptation de certains dossiers par l'OIIQ, notamment quand la profession initiale n'est pas infirmière, car l'AEC est adaptée pour des infirmières, pas pour d'autres spécialités, comme l'explique le Cégep Édouard-Montpetit :

Des fois, c'est des inhalothérapeutes ou il y en a qui ont travaillé comme assistante dentaire. C'est difficile pour eux parce que nous, c'est un programme de mise à niveau pour soins infirmiers. Il y en a que, bon, ils ont eu une formation de base en soins infirmiers puis ils ont une spécialisation, admettons, en soins dentaires. Mais ils ont travaillé dans les soins dentaires. Mais même s'ils ont suivi une formation voilà plusieurs années, que tu n'as jamais travaillé là-dedans, des fois c'est comme plus complexe pour certaines personnes. C'est juste que comme je leur dis, le programme

est fait pour des infirmières. Mais là, des fois on a des médecins. Il y a des médecins qui échouent les cours parce qu'eux autres, ils sont habitués de donner des soins en tant que médecins, pas en tant qu'infirmières.

Même si les cégeps n'auraient pas accepté certaines IDHQ, ils se sentent obligés de les accueillir quand même dans le programme d'AEC, puisqu'elles ont été évaluées par l'OIIQ et considérées comme aptes à suivre l'AEC. Le Cégep Édouard-Montpetit l'exprime ainsi :

[N]ous, on dispense la formation. Dans le fond, nous, c'est comme je vous dis, c'est l'Ordre qui les évalue puis dès qu'un candidat a une lettre de l'Ordre, on se sent un petit peu dans l'obligation de former ces gens-là. Ils ont déjà été évalués. Là on ne peut pas refaire une deuxième évaluation par-dessus l'Ordre. Ça a été discuté entre nous ici au cégep. On a dit, bien, ils sont déjà évalués par un organisme réglementé ici au Québec. Donc dès qu'il y a une lettre de l'Ordre, c'est comme si on a le devoir de former ces gens-là. La même chose quand Immigration Québec allait à l'étranger pour recruter cette clientèle-là. (Cégep Édouard-Montpetit)

De plus, les cégeps estiment que le programme est « très exigeant » (Cégep du Vieux-Montréal, Cégep Édouard-Montpetit) et « trop court » (Cégep Limoilou) pour acquérir les compétences attendues d'une infirmière québécoise comme l'autonomie par exemple. Ils sont tous déterminés à accompagner du mieux qu'ils peuvent les IDHQ qui sont en difficulté, mais cela les amène à gérer un « taux d'échec [...] quand même assez important » (Cégep Édouard-Montpetit), car « il faut mettre de côté les anciennes pratiques » (Cégep Édouard-Montpetit) et comprendre le rôle de l'infirmière.

Au niveau du système professionnel, l'OIIQ rapporte que les IDHQ expriment que « par rapport à leur intégration, ce qu'elles trouvent difficile, c'est tout le vocabulaire, le matériel et les différences de techniques de soins. Ça prend l'AEC. » L'Ordre a revu son processus d'évaluation de dossier et ses outils en 2021. Ainsi, l'autoévaluation que les IDHQ doivent remplir avant de faire leur demande doit les aider à déterminer si leur profession d'infirmière dans leur pays d'origine correspond plutôt à celle d'infirmière ou d'infirmière auxiliaire au Québec. La responsabilité est donc entre les mains des IDHQ. Le CIQ estime que le Québec est mieux outillé que certaines autres provinces mais que l'on pourrait s'inspirer de ce qui se fait en Europe. Enfin, le Commissaire estime que le contrôle de l'admission lors de l'examen avec le référentiel de compétences Mosaïque et l'autonomie à ce niveau de l'Ordre sont une très bonne chose. En revanche, il reste critique quant à la perception « qu'il faut avoir passé du temps ici pour être compétent » et la méfiance des cégeps par rapport à leur méfiance de la prescription de l'OIIQ.

Au niveau des milieux d'accueil de stage, comme au CIUSSS de Montréal, on rapporte que les IDHQ considèrent qu'il y a « deux poids, deux mesures » dans la prescription. En effet, les IDHQ

se demandent pourquoi, à durée de formation initiale égale, certaines doivent retourner se former, alors que d'autres n'ont qu'un stage de 40 jours à faire. Ce qui ramène à l'évaluation par l'OIIQ des contenus de formation et de l'expérience professionnelle, comme nous l'avons vu précédemment. L'OIIQ a identifié des manques dans la formation initiale par rapport à la formation qui est donnée au Québec, manques qui doivent être comblés avec l'AEC et qui ne le seraient pas avec seulement le stage de 40 jours.

Au niveau des organismes, des avocats et de la consultante en immigration qui informent les IDHQ, le processus semble « long » et « laborieux » (Hirondelle) ou encore « pas clair » (avocats). Alors que l'Association des infirmières libanaises de Montréal trouve que le processus s'est amélioré depuis une dizaine d'année, PROMIS trouve que « c'est bien organisé ».

Il existe donc parmi les acteurs plusieurs divergences de points de vue concernant la reconnaissance des IDHQ.

3.2.3.2.2. La sentence de l'examen pour les IDHQ

Pour les IDHQ que nous avons rencontrées, la perception du processus diffère selon la prescription de l'OIIQ.

Les IDHQ venues avec l'ARM, quel que soit le statut d'immigration, temporaire ou permanent, n'ont pas formulé d'avis particulier sur leur processus de reconnaissance des compétences professionnelles. Elles n'ont pas vécu de difficultés pour trouver un stage ou un emploi et ont toutes réussi leur stage. Comme elles n'ont pas besoin de passer l'examen, le processus leur semble acceptable.

Les deux IDHQ qui ont dû passer par le stage de 40 jours ont des opinions assez opposées sur leur expérience de reconnaissance de leurs compétences professionnelles. Nour est mitigée, elle considère qu'elle a eu la chance d'avoir le choix entre l'AEC et le stage mais, pour exercer dans le milieu depuis 2011, elle a vu plusieurs IDHQ passer par un processus long et cher et vivre des difficultés importantes pour se trouver un stage. Julie, elle, est très amère par rapport au processus de reconnaissance des compétences professionnelles car elle ne s'est pas sentie du tout reconnue. Elle pensait avoir une meilleure reconnaissance de son expérience antérieure ainsi que de son statut en France. En effet, elle était infirmière IBODE¹⁹⁰ avant son arrivée, ce qui correspond à une spécialisation d'un an et demi après la formation habituelle de trois ans.

¹⁹⁰ Une IBODE est une infirmière de bloc opératoire. Selon Julie, notre répondante, c'est une spécialité reconnue en France avec un statut particulier. Les IBODE ont une formation supérieure aux infirmières.

De plus, comme elle est arrivée en 2008, bien avant que les ARM soient signés, elle n'a pas bénéficié de la reconnaissance de sa formation initiale à la hauteur de ce que les IDHQ venant de France obtiennent aujourd'hui. Elle considère que les ECOS « c'est ridicule » et pense que le message envoyé quand on échoue trois fois à l'examen c'est que les IDHQ ne sont pas bonnes, que cela nie en quelque sorte toute expérience professionnelle et formation antérieure, que c'est un échec du projet migratoire parce que « au bout de trois fois, si on passe l'examen trois fois, on n'a plus qu'à rentrer chez nous puis expliquer que je ne suis pas bonne là-bas, donc je reviens. » (Julie)

Enfin, pour les IDHQ qui sont passées par la formation d'appoint avec l'AEC, ou qui sont encore dans le processus, ce n'est pas toujours facile. À part Patricia qui pense que c'est « une mise à niveau nécessaire » et que ce processus est « une bonne chose » bien qu'il lui ait fallu deux tentatives pour réussir l'examen, les autres IDHQ (Grâce, Anna, Sarah et Franck) le vivent ou l'ont vécu différemment. Pour **Grâce**, dont le parcours de reconnaissance des compétences professionnelles a duré deux ans et qui, lors de notre rencontre travaillait comme infirmière, cela a été une épreuve de vie, même si elle comprend et accepte le principe de retourner aux études parce que « Il y a beaucoup de choses qu'on ne connaissait pas chez nous qu'on apprend ici. » Mais en même temps, elle fait remarquer qu'avec 12 ans d'expérience professionnelle, elle trouve que la mise à niveau n'est pas adaptée et pense qu'il faudrait mettre plus l'accent sur les stages parce que « c'est en pratiquant qu'on garde beaucoup » sans parler de l'examen de l'Ordre qui est « une autre réalité. » Elle insiste sur « les sacrifices » qu'il faut faire, la conciliation travail-études, soulignant que « tu n'as pas de vie » et que cela doit être extrêmement difficile pour une femme qui a des enfants, ce qui n'est pas son cas. Les démarches de **Anna** ont duré trois ans, elle a passé et échoué trois fois aux examens et exerçait, au moment de notre recherche, comme infirmière auxiliaire. Elle s'est, selon ses propres mots, « rend[ue] malade » à cause du stress de l'examen, cela l'empêchant de dormir. Avoir son examen de l'Ordre, « c'est [s]a dernière chance ». Ces échecs lui ont fait perdre confiance en elle à tel point qu'elle nous a confié, avant de savoir qu'elle pourrait avoir le permis d'infirmière auxiliaire : « Je serai une infirmière auxiliaire, oui, mais est-ce que je serai une bonne infirmière auxiliaire si ce que je veux [être infirmière au Québec], je ne peux pas l'être ? ». De plus, elle considère l'AEC comme « un rétrogradement » par rapport à sa formation initiale. **Sarah** a commencé ses démarches en arrivant en 2016. Quatre ans, un quatrième enfant et un divorce plus tard, elle préparait l'examen de l'OIIQ et celui de l'OIIAQ lors de notre deuxième entretien. Elle semblait amère et découragée trouvant « difficile pour [elle] de l'accepter, pour dire vrai. Très difficile » de devoir retourner aux études alors qu'elle « travaillait comme infirmière en Côte-d'Ivoire » et qu'elle a « exercé pendant neuf ans ». Au Québec, elle est préposée aux bénéficiaires. Elle dit « perdre au moins deux ans » avec le retour aux études, même si « ce sont les

règles ici » et que c'est ce qu'elle doit « affronter ». Elle se rend compte qu'elle n'était « pas totalement bien informée » imaginant sa mise à niveau autrement : « Ayant déjà des acquis, je me dis, en pratiquant avec des anciens, tout de suite, je prends l'habitude de me recycler avec la manière de faire ici, la manière de voir les, les prescriptions, ici, peut-être que ce n'est pas pareil, mais, au moins, il y a une base qui est là et donc, je pourrais profiter de ça. » L'examen est également pour elle source d'angoisse car elle peut « être admise, comme ne pas être admise, c'est un examen, c'est vraiment difficile pour [elle] de l'accepter, mais [elle] n'a pas le choix. » Enfin, **Franck** qui était CEPI au moment de notre entrevue et qui attendait les résultats de sa troisième tentative à l'examen de l'OIIQ, est plutôt critique quant au processus de reconnaissance de ses compétences professionnelles. Il revendique d'avoir été « sélectionné » comme infirmier et travailleur qualifié et il « pense que ce n'est pas bien organisé » mais admet que la formation au cégep « est une bonne chose » et juge « quand même qu'elle était nécessaire et importante puisqu'on arrive dans un système où il y a une façon de faire. » Il estime que pour répondre aux besoins des IDHQ, il faudrait plus de stages pratiques que de théorie car l'AEC ne prépare pas bien à l'examen. Franck était amer et désabusé quand nous l'avons rencontré, en plein parcours du combattant : « Parce que là, on arrive, on nous fait une formation générale. Une fois au cégep, c'est fini, il faut encore aller se battre pour réussir encore l'examen de l'Ordre. » Pour lui aussi, l'examen est une épreuve et il ne trouve pas que l'AEC les y prépare adéquatement. Il a également souligné, comme Anna, que l'AEC était un diplôme moins valorisé et valorisant que ce qu'il avait dans son pays d'origine ou encore qu'un DEC. Il ajoute que « avec un AEC, tu ne peux pas aller travailler dans une autre province qu'ici. Donc si tu veux quitter le Québec, tu es obligé d'aller faire un bac pour pouvoir avoir un bac qui peut te faire aller travailler ailleurs. Donc je ne sais pas pourquoi ils font comme ça. »

Finalement, Emmanuela et Gabriela, qui était en tout début de leur cheminement de reconnaissance, entamaient le processus avec beaucoup d'appréhension et de stress. La première s'inquiétait des coûts et estimait que les compétences des IDHQ ne sont pas reconnues à leur juste valeur et que leur formation initiale n'a pas la même valeur que celle du Québec :

On a des compétences. On est capable de faire aussi ce que les autres font ici. C'est des choses, la santé, c'est quand même, c'est universel, mais c'est vrai que ce n'est pas les mêmes manières de, mais on a des compétences, donc, il faudrait que quand on vient, ça soit vraiment reconnu, et puis, qu'on nous facilite un peu les choses. [...] ma préoccupation c'est quand on arrive, là, vraiment il faudrait que, l'ordre et autre puisse voir, parce que les immigrants, quand on vient, comme ça, c'est pour vraiment venir aussi travailler. On a des compétences, là! On n'est pas venu, on n'est pas nuls, on a des compétences, mais il faut que ça soit reconnu, mais quand on vient, on dit « non, il faut faire ça, il faut faire ça », bon, souvent on a l'impression que ce qu'on a appris

chez nous au pays, ce n'est pas ça. Non. On a des compétences, donc, il faudrait qu'ils puissent nous alléger un peu des trucs, au niveau de notre formation. (Emmanuela)

La deuxième, elle, a bien hésité avant de commencer ses démarches car elle a vu plusieurs IDHQ souffrir durant le parcours de reconnaissance et surtout après les échecs à l'examen de l'OIIQ comme elle l'explique lorsqu'elle commente le schéma : « Ils ne mettent presque aucun accent vraiment sur l'effet de : ah, vous voulez devenir infirmière ici au Québec? OK, non. [...] le côté psychologique après avoir passé toutes ces étapes-là. Vous êtes, je ne sais pas l'expression française, mais vous êtes brisée. Puis le côté psychologique, c'est vraiment lourd. » (Gabriela)

Deux IDHQ ont proposé des alternatives pour améliorer le processus. Pour Franck, les cours devraient être plus orientés « vers la réussite de l'examen ». Cependant, il pense que le mieux serait de ne pas aller se former au cégep mais plutôt de « créer une formation dans les hôpitaux, une formation spéciale. Qu'on donne sur place ces cours, la théorie » et « faire des pratiques, sur place ». Gabriela propose de son côté « un stage de trois mois qui va être ajouté à la note d'examen et donné une note finale. Parce que pendant le stage de trois mois, la personne va être plus à l'aise. C'est jour après jour, petit à petit. »

Nous constatons une différence de perception de la reconnaissance des compétences entre les acteurs qui considèrent que les IDHQ sont des professionnelles qui sont formées mais doivent se mettre à jour sur les normes québécoises, devenir autonomes et comprendre le rôle de l'infirmière au Québec alors que les IDHQ demandent parfois plus d'encadrement et d'être considérées comme compétentes. Il y a clairement un problème de communication et de compréhension des attentes.

Dans cette deuxième section, nous avons passé en revue le parcours de reconnaissance des compétences des DHCEU. Dans un premier temps, nous avons détaillé les outils utilisés par l'OIIQ pour établir la prescription de formation ou de mise à niveau que doivent réaliser les IDHQ afin d'obtenir leur permis d'exercice, en fonction de la reconnaissance de la formation initiale. L'Ordre s'appuie sur le référentiel de compétences québécois Mosaïque, l'évaluation comparative des études effectuées hors Québec en plus du dossier remis par les IDHQ détaillant leur formation initiale et leur expérience professionnelle antérieure. Aussi, nous avons fait mention des blocages rencontrés par nos participantes ainsi que des éléments ayant facilité cette étape. Dans un deuxième temps, les épreuves par lesquelles doivent passer les IDHQ pour faire reconnaître leurs compétences ont été précisées. Nous avons d'abord détaillé l'AEC offerte dans les cinq cégeps du Québec proposant le programme d'intégration à la profession infirmière ainsi que des formations « maison » pour les IDHQ. Ensuite nous avons présenté les différents stages exigés par l'OIIQ comme formation

d'appoint ainsi que l'examen de l'OIIQ nécessaire à l'obtention du permis, sauf pour les IDHQ formées en France. Nous avons souligné les différentes épreuves d'évaluation du français que doivent réussir les IDHQ ainsi que les blocages rencontrés lors du processus comme l'accès aux stages ou encore la barrière de la langue. Nous avons aussi fait mention des éléments facilitant les démarches.

Après avoir fait état de nos résultats concernant le processus de reconnaissance des compétences, nous allons, dans une troisième section passer en revue le processus de reconnaissance des compétences durant l'intégration professionnelle des IDHQ.

3.3. Durant l'intégration professionnelle

Durant le processus d'intégration professionnelle, les IDHQ doivent faire reconnaître leurs compétences pour pouvoir obtenir leur permis et exercer leur profession. Cette troisième section est divisée en trois sous-sections. Nous montrons dans un premier temps que les compétences des IDHQ sont reconnues avant d'obtenir leur permis, mais de façon incomplète. Nous nous demandons d'abord si être préposée aux bénéficiaires (PAB) est un passage obligé avant de pouvoir exercer la profession d'infirmière. Ensuite, nous examinons la sélection exercée par les cégeps pour accéder à l'AEC après l'évaluation et la prescription de l'OIIQ. Enfin, nous étudions les différentes évaluations auxquelles les IDHQ doivent se soumettre durant les stages puis comme CEPI. Dans un deuxième temps, nous faisons état de nos résultats sur une reconnaissance que nous identifions comme étant à géométrie variable. Nous revenons d'abord sur les deux statuts d'infirmière clinicienne et technicienne puis nous regardons les effets du recrutement international et des ARM sur l'intégration des IDHQ dans leur profession. Enfin, dans un troisième temps, nous examinons la légitimité des IDHQ. Après être passées à travers toutes les épreuves de reconnaissance de leurs compétences professionnelles et obtenu une légitimité institutionnelle en recevant leur permis d'exercice, nous nous sommes interrogées sur leur légitimité professionnelle ainsi que sur la reconnaissance de leurs compétences par leurs pairs, leur hiérarchie et les patients.

3.3.1. *Des compétences reconnues mais incomplètes*

3.3.1.1. Préposée aux bénéficiaires (PAB), un passage obligé avant d'exercer sa profession ?

Les IDHQ rencontrées qui doivent prendre la voie de l'AEC pour leur mise à niveau sont toutes passées par une expérience professionnelle comme préposées aux bénéficiaires (PAB). C'est un moyen pour elles de pouvoir travailler dans le milieu de la santé et de gagner leur vie tout en

suivant les cours de l'AEC. Dans le Tableau 71, nous avons listé les emplois exercés par nos répondantes avant et pendant la reconnaissance de leurs compétences. Anna, Emmanuela, Franck, Grâce, Patricia et Sarah qui se sont fait prescrire l'AEC comme voie de reconnaissance des compétences professionnelles ont exercé, ou exerçaient encore au moment de notre entrevue, le métier de PAB. Même Gabriela, qui a choisi de faire sa demande reconnaissance à l'OIIQ plus tardivement que les autres IDHQ rencontrées, a exercé comme PAB à son arrivée, puis depuis sa demande de reconnaissance. Avec Patricia, elles sont les deux seules à avoir exercé d'autres métiers en plus de PAB.

Tableau 71: Emplois exercés par les IDHQ avant et pendant la reconnaissance des compétences professionnelles

Code prénom	Pays de diplomation	Prescription OIIQ	Emplois avant et pendant reconnaissance	Emploi actuel
Anna	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	PAB pendant 3 ans	Infirmière auxiliaire
Emmanuela	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	PAB	Préposée aux bénéficiaires
Franck	Cameroun	AEC - cégep	2015-2018 - PAB depuis 2018 CEPI	CEPI
Grâce	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	2016 - 2018 PAB 2018 - CEPI 2018 - Infirmière	Infirmière
Patricia	République dominicaine	AEC - cégep	2014 - 2016 Agente de recouvrement à Montréal 2016 - 2017 PAB 2017 Infirmière auxiliaire	Infirmière
Sarah	Côte d'Ivoire	AEC - cégep	2016 - 2018 PAB 2018 Études AEC 2019 PAB	Préposée aux bénéficiaires
Gabriela	Brésil	En cours	2016 - PAB 2017 - Vendeuse 2018 - Employée de garderie 2019 - PAB	Chômage COVID 19 - Démarches OIIQ
Julie	France	Stage - 40 jours	na	Infirmière clinicienne
Nour	Liban	Stage - 40 jours ou AEC - cégep	na	Infirmière clinicienne
Camille	France	Stage - 75 jours	na	Infirmière clinicienne
Chloe	France	Stage - 75 jours	na	Infirmière clinicienne
Léa	France	Stage - 75 jours	na	Infirmière clinicienne
Manon	France	Stage - 75 jours	na	Infirmière clinicienne

Pour l'Hirondelle, qui accompagne les IDHQ et les autres immigrants dans leur recherche d'emploi, être PAB, ce n'est pas la solution. L'organisme essaie d'« évite[r] de les amener comme préposés aux bénéficiaires parce qu'ils vont vraiment être malheureux. » (Hirondelle) Un avocat nous a expliqué qu'il trouvait cette situation « particulière. » D'autres comme PROMIS, trouvent au contraire, que c'est une très bonne chose pour les IDHQ de travailler comme PAB car cela leur permet de travailler dans le système de santé du Québec et d'en comprendre le fonctionnement, ainsi que les rôles et responsabilités de chacun, PAB, infirmière-auxiliaire, infirmière et médecin. Cet avis est partagé par les cégeps car cela aide les IDHQ « à réussir leur formation parce qu'on les a déjà mis dans le contexte québécois. » (Cégep Édouard-Montpetit) Ainsi, le Cégep Édouard-Montpetit nous confiait que « [ç]a les aide beaucoup. On regarde aussi peut-être faire comme un

tremplin qui pourrait faire cette formation-là avant de venir chez nous » car cela permettrait peut-être aux IDHQ de mieux réussir à l'examen de l'OIIQ.

Les employeurs de leur côté se sont fait dire que ce serait une bonne chose que certaines IDHQ passe par le métier de PAB. Par exemple, le CIUSSS région nous a partagé la réflexion suivante :

La plupart du temps, ce qu'on, ce qu'on nous disait, c'est que la personne doit commencer, par exemple, en tant que préposé aux bénéficiaires pour obtenir des compétences du Québec pour comprendre le marché du travail québécois, pour comprendre la réalité québécoise, pour ensuite aller vers le cours d'intégration à la profession infirmier infirmière du Québec pour augmenter ses chances de réussite parce que souvent lorsqu'ils arrivaient d'un pays étranger, je vous dirais que le taux de réussite était comme très bas là. (CIUSSS Région)

Pour les IDHQ, exercer comme PAB avant de pouvoir être infirmière est parfois bien vu, mais certaines, comme Anna, ne considère pas que le métier de PAB a la même valeur de celui d'infirmière. Pour elle, cela équivaut à « commencer par le plus bas, pour connaître les rouages du métier. »

Le gouvernement du Québec est lui convaincu que le passage par le métier de PAB est une excellente voie, à tel point qu'il a décidé de financer un projet combinant la formation et un emploi de PAB à des IDHQ avec la régionalisation.

3.3.1.1.1. Emplois de transition et régionalisation

La personne rencontrée au MSSS nous a parlé des différents projets développés par le gouvernement pour les IDHQ et certains autres professionnels de la santé.

L'un de ces projets concernent ce qu'ils appellent « les emplois de transition ». Débuté comme pilote en 2013 à l'École des métiers des Faubourgs-de-Montréal, le projet consistait à former des IDHQ pendant 10 semaines de cours et de stages « pour les faire travailler comme préposées aux bénéficiaires en attendant qu'elles entreprennent leurs études comme infirmières par la suite. » (MSSS) Des difficultés pour les IDHQ dans l'admissibilité au programme d'AEC et au niveau du français ont été constatées. Ce programme devait leur permettre « d'avoir à ce moment-là une intégration progressive dans le secteur de la santé. » (MSSS) Entre 2013 et 2016, les résultats sont convaincants, comme nous l'explique le MSSS :

« Puis en 2016, on a vu qu'il y avait un beau succès parce que les gens qui arrivaient à la fin, tout le monde a réussi à trouver un emploi en tant qu'infirmières. Puis elles ont tous réussi l'examen de l'Ordre pratiquement du premier coup. Ce qui est assez rare, de réussir l'examen du premier coup pour des diplômés hors Canada. Souvent, ça va au deuxième coup ou au troisième coup. Et eux autres, c'était vraiment dans les premiers coups. Donc on a vu que cette intégration progressive-là, c'est le pari qu'on avait fait au départ. » (MSSS)

L'objectif c'est « de la rentrer dans le réseau de la santé le plus rapidement possible pour qu'il y ait une moins grande absence du secteur de la santé puis leur permettre d'évoluer ». En effet, selon le MSSS, en ayant passé quelques temps dans le réseau, les IDHQ une fois leur examen réussi n'ont « plus qu'à se concentrer sur le rôle de l'infirmière parce que tout le reste est déjà acquis. »

Le MSSS a décidé ensuite d'appliquer la formule dans un programme de régionalisation. En collaboration avec des acteurs dans trois régions, le CHU de Québec dans la région de la Capitale-Nationale, le CISSS de la Côte-Nord et le CISSS de Chaudière-Appalaches ainsi que l'organisme PROMIS de Montréal, le projet consiste à offrir la formation de PAB aux IDHQ de Montréal dans une de ces trois régions avec un emploi de PAB assuré et la possibilité de faire l'AEC ensuite. Pour les établissements de santé de ces régions qui ont des problèmes d'attraction de la main-d'œuvre, c'est une opportunité. Pour les IDHQ, nous n'avons pas eu beaucoup d'information car nous n'avons rencontré qu'une seule IDHQ qui a quitté Montréal pour Québec pour suivre la formation au Cégep Limoilou. Selon le MSSS, en 2018-2019, ce sont 14 personnes qui ont participé au projet. Nous pouvons cependant nous poser des questions. Les IDHQ qui sont parties en Chaudière-Appalaches et sur la Côte-Nord n'ont pas accès à l'AEC qui se donne, rappelons-le, à Montréal, à Sherbrooke et à Québec. Pour se former, doivent-elles suivre le DEC en soins infirmiers ? Sont-elles restées en région comme préposées aux bénéficiaires ? Le CIUSSS en région que nous avons rencontré nous a dit que le projet n'avait pas été concluant car elles ne sont pas restées. En effet, elles veulent être infirmières, pas PAB. Les acteurs du projet, avec lesquels nous avons eu des échanges informels étaient bien fiers de ce projet qui assurait un emploi à tout le monde comme PAB. Mais pas comme infirmière. Quelques articles de journaux¹⁹¹ ont rapporté des propos positifs de quelques IDHQ qui participent à ces programmes. Cependant, le risque pour ces IDHQ, si elles ne peuvent pas suivre l'AEC ou le DEC en soins infirmiers, est de rester PAB et donc de vivre une déqualification. Le Québec risque ainsi de perdre des infirmières alors que la province a un besoin important de ces professionnelles, à tel point que le gouvernement fait du recrutement international pour combler les besoins des établissements de santé, notamment en région.

3.3.1.2. La sélection pour entrer au Cégep

Nous avons évoqué dans les sections précédentes la sélection opérée par les cégeps pour l'admission des IDHQ. Cette sélection est une autre épreuve que doivent traverser les IDHQ qui suivent la formation pour obtenir l'AEC. La reconnaissance de leurs compétences professionnelles et de leur expérience professionnelle est partielle, donc l'OIIQ leur prescrit une formation

¹⁹¹ ICI Radio-Canada Côte-Nord. 17-02-2019. Le Cégep de Sept-Îles lance un programme pour la relève immigrante en soins infirmiers. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1153406/releve-soins-infirmiers-cote-nord-immigrants-formation>

d'appoint. Les IDHQ devraient donc pouvoir entrer automatiquement dans un programme d'AEC. Mais nous avons vu que ce n'est pas le cas. Les cégeps ne sont pas toujours en accord avec la décision de l'OIIQ et certains se demandent d'ailleurs comment les évaluations de dossiers sont réalisées car il y a des candidates qu'ils n'accepteraient pas. Néanmoins, ils sont obligés de les admettre, même s'ils jugent que certaines IDHQ n'ont pas les compétences nécessaires pour suivre le programme de l'AEC.

[...] c'est l'Ordre qui les évalue puis dès qu'un candidat a une lettre de l'Ordre, on se sent un petit peu dans l'obligation de former ces gens-là. Ils ont déjà été évalués. Là on ne peut pas refaire une deuxième évaluation par-dessus l'Ordre. Ça a été discuté entre nous ici au cégep. On a dit, bien, ils sont déjà évalués par un organisme réglementé ici au Québec. Donc dès qu'il y a une lettre de l'Ordre, c'est comme si on a le devoir de former ces gens-là. [...] Est-ce qu'on est d'accord avec toutes les étapes du processus et comment c'est fait? Ça c'est un autre point. On pourrait discuter de ça aussi. Mais pour le moment, le processus, il est fait comme ça. Et nous, on ne veut pas dire à une personne, vous avez fait toutes ces démarches-là pour venir ici. Nous, on juge que vous n'êtes pas aptes à suivre la formation, donc on ne vous prend pas. On se sent, on a un rôle d'éducation, que ça soit dans n'importe quel... Ici au Québec, on a le droit à l'éducation. (Cégep Édouard-Montpetit)

Les cégeps ont donc décidé de formaliser leurs processus de sélection. Ils s'appuient sur leur autonomie quant aux critères d'admission pour sélectionner les IDHQ qu'ils jugent aptes à suivre la formation. Nous l'avons décrit plus tôt quand nous avons parlé des différentes épreuves de reconnaissances des compétences professionnelles des IDHQ, les épreuves de sélection vont du test de français aux situations cliniques et passant par le niveau d'anglais dans le collège anglophone. Cette sélection a pour objectif de juger les IDHQ sur leur potentiel à réussir le programme d'actualisation en soins infirmiers. Les cégeps veulent s'assurer avec ces critères d'évaluation d'accueillir des personnes qui ne seront pas en échec à cause du niveau de français notamment comme nous l'explique de Cégep Édouard-Montpetit : « Donc c'est sûr qu'on ne peut pas prendre une personne, ça serait complètement irresponsable de ma part parce que je mets cette étudiante en position d'échec tout de suite. Elle ne pourra pas suivre, personne ne va la comprendre. [...] Notre critère, c'est la langue parce qu'on voit un lien direct avec les échecs. Si la personne n'est pas capable de se débrouiller en français, c'est sûr qu'elle va à un échec. » Les cégeps nous ont parlé de 50% de taux d'échec aux tests de français lors de ce processus de sélection. Ainsi, certaines IDHQ ayant reçu une prescription de mise à niveau par l'OIIQ ne peuvent pas accéder à cette mise à niveau tout de suite après l'étude de leur dossier quand elles échouent à ces tests de français. On sait que les IDHQ doivent réussir l'examen de français de l'OQLF pour avoir leur permis, mais elles ne peuvent pas accéder à la mise à niveau avant de maîtriser le français. Il y aurait sans doute besoin de valider avant la prescription de l'OIIQ la nécessité d'avoir un niveau de français spécifique.

Les cégeps contournent ainsi la décision de l'Ordre avec laquelle ils ne sont pas en accord. Pour les IDHQ, c'est un désaveu et une nouvelle épreuve. Cela démontre une tension dans la coordination des acteurs.

3.3.1.3. Supervision et évaluation des compétences durant les stages

Que ce soit durant les stages de l'AEC ou les stages prescrits par l'OIIQ et les ARM, les compétences professionnelles des IDHQ sont évaluées selon des critères bien précis par des superviseurs et des évaluateurs.

3.3.1.3.1. *Supervision des stagiaires*

Durant les stages de l'AEC, une enseignante superviseure du cégep encadre cinq à six IDHQ dans les établissements de santé qui les accueillent. Les IDHQ y sont évaluées sur le « savoir-être et le savoir-faire dans tous les domaines » (Cégep Limoilou). Les stages sont répartis sur plusieurs périodes : « un premier cours de 90 heures qui, dedans, a 15 heures de stage. Le deuxième cours c'est seulement de la théorie. Donc 75 heures. Et puis, les deux autres cours, ils ont treize et vingt jours de stage mais ce n'est pas beaucoup non plus pour s'intégrer. » (Cégep Limoilou) Le cégep mentionne que les IDHQ sentent « de la pression » pendant les stages sous la supervision de l'enseignante et elle leur explique qu'elles doivent s'y habituer car « quand vous allez être à l'hôpital et que vous allez commencer vous allez avoir une infirmière qui va être en arrière de vos talons tout le temps » (cégep Limoilou). Au Cégep de Sherbrooke, on mentionne « faire attention aux termes pour ne pas mettre la pression sur les élèves » mais que les « feuilles d'observation » complétées durant les stages deviennent « quand même des feuilles d'évaluation » puisque c'est un outil pour évaluer et noter la performance des IDHQ.

La supervision durant les stages par des enseignantes permet de régler rapidement « un évènement » et travailler la compétence à acquérir plutôt que d'attendre la fin du stage et de faire une rétroaction trop tard. À Sherbrooke, la supervision des IDHQ durant les stages se fait sur une base volontaire, les enseignantes postulant à la suite d'un affichage.

La supervision n'est pas une compétence qui va de soi. Comme nous l'a mentionné le John Abbott College, durant les stages, les IDHQ sont très encadrées au début, « [e]nsuite, plus on approche de la fin du programme, on les laisse aller puis on fait juste les évaluer. Ils doivent démontrer qu'ils sont autonomes. » Mais en milieu de travail, « [l]'infirmière, elle est quand même responsable de son patient, toujours. » Si avec certaines enseignantes la supervision des IDHQ se passe bien, « [i]l y en a d'autres, c'est l'enfer. » En effet, ce n'est pas donné à tout le monde d'enseigner tout en travaillant, « juste de les accompagner ou démontrer quelque chose. Ou de les faire observer une

technique, ce n'est pas tout le monde. Même, il y en a qui ne veulent pas d'étudiants. Puis ce n'est pas nécessairement juste les IDHQ. » (John Abbott College)

Durant les stages de 40 jours, la supervision est réalisée par le milieu de stage. Les IDHQ sont évaluées à l'aide d'une grille, « donc on a toute une grille, je crois qu'elle fait 28 pages d'évaluation objective et subjective. On dépose tout ça. C'est analysé et ensuite de ça, il y a une sanction qui dit, bien maintenant, vous devenez ... pas une sanction, une prescription qui dit, vous devenez CEPI et de là, allez faire l'examen de l'Ordre. » (CIUSSS de Montréal) Ainsi, une fois le stage réussi selon les critères attendus, elles deviennent candidates à l'exercice de la profession d'infirmière (CEPI). Une autre période d'évaluation et de supervision démarre alors.

Les IDHQ qui viennent avec l'ARM sont supervisées et évaluées durant 75 jours selon une grille détaillée¹⁹². Ce stage se divise en deux périodes : les 40 premiers jours sont une période « d'adaptation », les 35 autres jours, les IDHQ sont autonomes.

Au CIUSSS de Montréal, la personne que nous avons rencontrée nous a expliqué être la seule personne à réaliser les évaluations qu'elle envoie ensuite au Comité d'évaluation de l'OIIQ. Une fois l'avis rendu par le Comité, l'IDHQ obtient directement son permis d'exercice de l'OIIQ puisqu'elle n'a pas à passer l'examen de l'Ordre.

3.3.1.3.2. Supervision des Candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI)

Une fois l'AEC réussie ou le stage de 40 jours en établissement, les IDHQ sont CEPI. Elles sont encore supervisées durant cette période, tant qu'elles n'ont pas réussi l'examen et obtenu leur titre d'infirmière. Les infirmières superviseuses sont des infirmières cliniciennes et cela fait partie de leur charge de travail, « Il y en a pour qui c'est un choix, qui ont envie de le faire. Il y en a d'autres pour qui c'est imposé » (Cégep Limoilou). Elles jouent un rôle de supervision et d'évaluation. Nous avons demandé aux cégeps si ces infirmières avaient suivi une formation particulière pour être superviseuse, il semblerait que non. Tout comme il n'y aurait pas de formation en gestion de la diversité culturelle, ce qui pourrait sans doute outiller ces personnes. Le Cégep Limoilou nous explique que la supervision, ce n'est pas une compétence innée : « Alors c'est vraiment aux cliniciennes à le faire. Il y a en pour qui c'est vraiment imposé. Elles ne veulent pas nécessairement

¹⁹² Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Grille d'évaluation du niveau de compétence. Stage d'adaptation professionnel des infirmières diplômées en France visées par l'arrangement sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM) Québec-France. <https://www.oiiq.org/documents/20147/1306043/programme-arm-grille-evaluation-2019.pdf>

le faire [...] Ce n'est pas tout le monde qui [...] a bien beau avoir le diplôme de clinicien, ce n'est pas tout le monde qui a les habiletés non plus et les compétences dans le savoir, savoir-être, savoir-faire pour être capable de le mettre en pratique et de le transmettre aussi, de bonnes valeurs. » (Cégep Limoilou)

Ainsi, en fonction de la prescription de l'OIIQ et du parcours de reconnaissance des compétences professionnelles, nous constatons que les périodes de supervision et d'évaluation diffèrent selon la reconnaissance de la formation initiale.

Les IDHQ qui font les stages de l'AEC et celles qui suivent le stage de 40 jours sont supervisées et évaluées durant leur stage, puis durant la période pendant laquelle elles sont CEPI avant de pouvoir obtenir leur permis d'exercice après la réussite de l'examen de l'OIIQ. Ce qui n'est pas le cas des IDHQ sous ARM qui n'ont une supervision et une évaluation que durant les 75 jours de stage dont la moitié est très autonome, donc on leur reconnaît des compétences professionnelles plus rapidement. On parle d'ailleurs de stage d'adaptation et non d'intégration.

Le Commissaire nous a fait part de sa préoccupation concernant la construction des grilles. Il faut évaluer les compétences pour s'assurer que les IDHQ soient aptes à exercer leur profession dans le mandat de protection du public, mais selon lui, « il faut faire attention avec la façon avec laquelle sont construites ces grilles-là. Parce que les grilles peuvent être très très très détaillées, expansives, maniaques même ».

3.3.1.4. Intégration en emploi des IDHQ à Montréal – Programme spécial CIUSSS NIM

Afin d'accompagner au mieux les IDHQ qui doivent faire un stage de 40 jours, un projet spécifique a été lancé au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM). Ce projet est issu d'une collaboration multisectorielle et une initiative du Bureau d'intégration des nouveaux-arrivants de Montréal (BINAM). La presse a couvert l'initiative et plusieurs articles ont été publiés¹⁹³ pour parler du projet avec le témoignage de plusieurs IDHQ et une conseillère en soins infirmiers. Pour notre recherche, nous n'avons pas pu rencontrer d'IDHQ ayant participé au projet, mais nous avons pu réaliser une entrevue avec une conseillère en soins infirmiers au CIUSSS NIM.

Le Service de la Diversité et de l'Inclusion sociale du BINAM, avec le Projet Intégration-Travail-Formation (PTIF), souhaite « favoriser l'intégration professionnelle des nouveaux résidents

¹⁹³ Le journal de Montréal (2020). Les immigrants contre la pénurie. <https://www.journaldemontreal.com/2020/02/02/les-immigrants-contre-la-penurie>. Un infirmier libanais a bien failli abandonner son rêve au Québec. https://www.journaldemontreal.com/2020/02/02/un-infirmier-libanais-a-bien-failli-abandonner-son-reve-au-quebec?fbclid=IwAR3NK71EijDG2x_bIkze1nh0Lf6dnFJsZJxgUebbyxQyTBonrCGpxETYQsw

permanents » de la ville de Montréal pour qui c'est un « enjeu de développement économique incontournable »¹⁹⁴. Plusieurs entreprises de Montréal ont participé au projet, dont le CIUSSS NIM. En 2017, le projet-pilote destiné aux IDHQ est lancé. Nous avons vu précédemment que les IDHQ ont de la difficulté à obtenir un stage de 40 jours en établissement. Ce projet offre à des cohortes d'IDHQ, deux fois par an, ces places de stage nécessaires à la reconnaissance de leurs compétences professionnelles et l'accès à l'examen de l'OIIQ pour ensuite exercer leur profession.

Selon le bulletin interne du CIUSSS du Nord-de-l'Ile-de-Montréal de l'automne 2018, LE NORDET, le projet est présenté comme « une solution créative » avec des « résultats probants » qui répondent à « des besoins convergents ». Les IDHQ doivent obtenir un stage de 40 jours dans le cheminement de reconnaissance de leurs compétences professionnelles et les établissements de santé ont un grand besoin de d'infirmières et des défis de recrutement. Ce qui fait la pertinence et la réussite de ce projet, c'est la collaboration de plusieurs acteurs impliqués dans le processus qui permet d'ajuster « le processus d'accueil, d'orientation et d'encadrement à la réalité des candidats pour une intégration à l'emploi réussie. » Les IDHQ sont non seulement accompagnées dans leur intégration dans la profession par les équipes des établissements de santé, mais également dans leur intégration sociale grâce à l'appui d'organismes communautaires. Un système de parrain-marraine est en place et des formations en communication interculturelle sont offertes. Le projet est subventionné par Emploi-Québec, mais le CIUSSS NIM contribue également.

À la fin du stage, l'article explique que le stage « a permis [aux IDHQ] de se familiariser avec les divers aspects du rôle d'infirmière » et que durant ces 40 jours « ils ont dû s'approprier les savoirs essentiels à une pratique professionnelle qui répond aux standards et aux attentes du Québec. » Les IDHQ peuvent alors continuer comme CEPI en attendant de réussir l'examen de l'OIIQ et recevoir leur permis d'exercice. Les établissements du CIUSSS s'attendent évidemment à ce que ces IDHQ restent à l'emploi chez eux.

La conseillère en soins infirmiers nous a expliqué sa conception de l'accompagnement des IDHQ. Pour elle, l'intégration dans la profession de personnes immigrantes qui arrivent au Québec doit s'accompagner d'une intégration sociale. Elle collabore avec les organismes communautaires pour ce faire. Parfois elle se dit qu'elle les soutient « peut-être trop ». Elle nous confie « je vais hyper individualiser mais moi, les 40 jours que tu travailles de stage, tu n'es pas le numéro 3729, matricule X. Tu es une personne que je vais aider. » Elle s'assure, par exemple, que les IDHQ sont placées en stage dans des établissements proches de leur domicile parce que c'est plus motivant car pour elle « [s]i tu habites à St-Clin-Clin-des-Meuh-Meuh, forcément, te taper deux heures de

¹⁹⁴ Ville de Montréal. BINAM. Intégration – Travail – Formation.

http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=8258,142963395&_dad=portal&_schema=PORTAL

transport en commun le matin, retourner chez toi le soir, tu vas être trop vidée. » Elle est prête à les attendre un peu le temps qu'elles s'organisent et finissent de s'installer. Elle demande cependant « un engagement » parce que les IDHQ font « le stage avec [l'équipe] » et seront embauchées après la période CEPI et la réussite de l'examen. Elle insiste pour dire « Ce n'est pas juste un stage pour faire un stage. Ça, c'est très important pour moi, cette fonction-là. » Elle estime que l'on doit accompagner les stagiaires pour qu'elles réussissent leur examen. Elle explique aux stagiaires qu'au début, elles ne seront peut-être pas dans leur spécialité, mais qu'elle va les « rapprocher le plus près possible de [leur] réalité antérieure » pour qu'une fois le stage terminé, elle puisse les amener dans leur spécialité car selon elle « c'est important que la personne aime ce qu'elle fait. Tu as 15 ans derrière la cravate au bloc opératoire puis je te mets en obstétrique parce que c'est ça qu'on a comme place, bien non, ça ne marche pas comme ça. » Elle est très heureuse et fière de ce projet car elle a réussi à prouver que ça vaut la peine de le faire. On pense à l'humain, pas à un poste.

3.3.2. Une reconnaissance professionnelle à géométrie variable

3.3.2.1. Infirmière technicienne (formation cégep) vs clinicienne (formation bac)

Nous avons pu établir un schéma type de la reconnaissance des compétences professionnelles en fonction des cheminements des IDHQ que nous avons rencontrés. Il s'agit de la Figure 24: Parcours institutionnel pour l'obtention d'un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (p. 287).

En fonction de la prescription de l'OIIQ, et donc de la reconnaissance de la formation initiale, quel que soit le nombre d'année d'expérience professionnelle antérieure, les IDHQ vont intégrer leur profession selon le niveau de la reconnaissance de la formation initiale.

Dans le Tableau 72, nous avons dressé le profil de nos répondantes, noté la prescription de l'OIIQ qu'elles ont reçue et ajouté la profession qu'elles exerçaient au moment de notre entrevue. Nous observons que toutes nos répondantes ont trois années de formation initiale minimum. Nous pouvons constater également que les IDHQ originaires de pays d'Afrique de l'Ouest (Côte d'Ivoire, Cameroun) et des Antilles (République Dominicaine) francophones ont dû retourner au cégep pour faire l'AEC, malgré des expériences professionnelles de 4 à 12 années. Elles sont, au moment de nos entrevues, PAB, CEPI, infirmière auxiliaire ou infirmières techniciennes.

Les IDHQ à qui l'OIIQ a prescrit un stage de 40 jours, Julie et Nour, avec respectivement 10 et 15 ans d'expérience professionnelle, sont des cas à expliquer car il y a eu des changements importants durant la période à l'étude (2008-2018). En effet, dans le cas de Julie, lorsqu'elle est arrivée de France en 2008, les ARM n'existaient pas encore et la formation des infirmières françaises n'était

pas reconnue comme un baccalauréat québécois. Son diplôme d’infirmière était comparable à un DEC selon l’évaluation du ministère de l’Immigration et comme elle avait un autre diplôme universitaire, une licence en sciences sanitaires et sociales, qui était comparable à un diplôme de niveau bac, l’OIIQ, considérant également son expérience, lui a prescrit un stage de 40 jours. Elle a donc suivi son stage de 40 jours, est devenue CEPI, puis a passé son examen de l’OIIQ. Cependant, lors de notre entrevue, Julie a clairement fait état de sa déception quant à la reconnaissance de sa formation initiale et de son expérience professionnelle qui n’ont pas été reconnues à leur juste valeur selon elle « j’ai été obligée de passer l’examen de l’Ordre. » Nous le verrons en détail un peu plus loin, mais Julie a beaucoup souffert de cette non-reconnaissance, tant administrative que professionnelle, avec ses collègues. Elle a d’ailleurs quitté le Québec quelques semaines après notre entrevue pour retourner en France, aigrie et déçue de son expérience au Québec comme infirmière. Nour, de son côté, a eu une expérience inverse. Elle est arrivée au Québec juste après que le MIFI eu reconnu les trois années de sa formation comme équivalente au baccalauréat québécois. De plus, elle avait entamé une maîtrise au Liban qu’elle a pu terminer en arrivant au Québec. L’OIIQ lui a ainsi prescrit un stage de 40 jours ou l’AEC au Cégep. Comme elle a trouvé un stage rapidement, elle a choisi cette option. Elle a ensuite eu le statut de CEPI, puis a passé et réussi son examen pour obtenir son permis d’exercice comme infirmière clinicienne. Elle est aujourd’hui chef de service dans son département.

Le CIUSSS de Montréal nous a fait part également de la frustration de certaines IDHQ qui expriment une inégalité de traitement : « C’est vrai que ça, c’est fâchant puis c’est quelque chose qui s’exprime d’emblée. Un, je ne comprends pas pourquoi le processus est compliqué et deuxièmement, deux poids, deux mesures, on n’est pas certain. »

Les IDHQ venues avec l’ARM bénéficient depuis 2014 de la reconnaissance du niveau baccalauréat, elles ont donc une reconnaissance plus large de leurs compétences professionnelles que les autres IDHQ. Elles ont un stage de 75 jours à réaliser et une fois l’évaluation du stage validée en Comité d’évaluation de l’OIIQ, elles reçoivent leur permis d’exercice comme cliniciennes sans passer par le statut de CEPI et sans avoir à passer l’examen de l’OIIQ. C’est d’ailleurs ce qui a attiré Camille et Chloé au Québec. Si elles avaient dû retourner au Cégep, elles ne seraient tout simplement pas venues.

Tableau 72: Profil des IDHQ rencontrées et prescription de l'OIIQ

Code prénom	Pays de diplomation	Durée formation initiale	Années expérience antérieure	Prescription OIIQ	Emploi actuel
Anna	Côte d'Ivoire	3 ans	10 ans	AEC - cégep	Infirmière auxiliaire
Emmanuela	Côte d'Ivoire	3 ans	7 ans	AEC - cégep	Préposée aux bénéficiaires
Franck	Cameroun	3 ans	6 ans	AEC - cégep	CEPI
Grâce	Côte d'Ivoire	3 ans	12 ans	AEC - cégep	Infirmière
Sarah	Côte d'Ivoire	3 ans	9 ans	AEC - cégep	Préposée aux bénéficiaires
Patricia	République dominicaine	4 ans	4 ans	AEC - cégep	Infirmière
Julie	France	3 + 1,5 ans	10 ans	Stage - 40 jours	Infirmière clinicienne
Nour	Liban	3 ans	15 ans	Stage - 40 jours	Infirmière clinicienne
Camille	France	3 ans	8 ans	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Chloe	France	3 ans	7 ans	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Léa	France	3 ans	3 ans	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Manon	France	3 ans	8 ans	Stage - 75 jours	Infirmière clinicienne
Gabriela	Brésil	4 ans	7 ans	En cours	Chômage COVID 19 - Démarches OIIQ

Le statut d'infirmière clinicienne versus celui de technicienne a deux conséquences. D'abord, les responsabilités ne sont pas les mêmes. Ensuite, le salaire est également différent. Julie s'est d'ailleurs « battue » plusieurs mois dans l'établissement où elle travaillait pour faire reconnaître son niveau de clinicienne et être à l'échelon correspondant à ce statut et son expérience professionnelle. Elle en veut beaucoup au département de ressources humaines qui, selon elle, l'a mal informée sur ses droits.

« Et là, je me bats pour avoir ma reconnaissance clinicienne. Une fois que j'ai eu ça, je dis, non, si le ministère me reconnaît clinicienne, il n'y a pas de raison que, c'est ça. Je suis allée embêter les messieurs de la paie pendant, je crois que je suis allée tous les jours pendant neuf mois. [...] CB. Est-ce que vous avez fait intervenir le syndicat? JULIE. Non parce que là aussi, ce n'est pas la première chose qu'on nous annonce. On ne nous en parle pas, du syndicat. On ne nous en parle pas, non. On a eu une information mais le syndicat, c'est passé comme, sans dire ...[...] Mais ça mis neuf mois avant qu'on me dise, bon bien OK, vous êtes clinicienne maintenant. » (Julie)

Du point de vue de l'employeur qui accueille les stagiaires 40 jours ou 75 jours, ce n'est pas toujours la panacée et ce n'est parce qu'il y a une reconnaissance institutionnelle comme l'ARM que cela fait que ces IDHQ ont toutes les compétences attendues au Québec selon les normes et standards établis. Ainsi, le CIUSSS de Montréal fait remarquer « qu'il y a encore des choses qui ne vont pas. Je pense plus que c'est au niveau du savoir-faire. » Les Françaises ont des lacunes dans leur formation et leur expérience par rapport aux bachelières Québécoises, la reconnaissance n'est pas uniformisée selon le pays de diplomation car à l'intérieur d'un même pays, les formations initiales diffèrent. Le CIUSSS de Montréal donne les exemples suivants :

Ce que je vois dans les profils puis là, je n'ai rien de scientifique à apporter, par exemple, les Libanaises qui ont étudié dans des universités publiques, en milieu urbain, sont reconnues bachelières. Il y a des Libanaises qui viennent d'un petit peu plus loin,

plus reculé si on veut, donc elles, elles ne sont pas nécessairement, pas automatiquement. Donc pourquoi Liban pour Liban, je me retrouve comme ça? [...] Les femmes qui viennent des Philippines, par exemple, selon est-ce qu'elles ont étudié dans une université anglophone? Parce qu'on sait que les Philippines, mais je ne sais pas si je sors du contexte, mais tu peux très bien étudier dans une université à fondement britannique, américain ou français parce qu'on sait que ces femmes-là, elles vont éventuellement quitter les Philippines et qu'elles vont probablement envoyer aussi des sous quand elles vont avoir leur boulot au Québec, donc des femmes qui ont été mindées à travailler comme ici. [...] Comme Haïti, par exemple, oublie ça. Il n'y a personne d'Haïti qui va se faire reconnaître bachelière. Même les femmes qui ont des maîtrises, ça ne correspond pas au cursus ici. Donc très disparate. Très, très disparate.

On constate donc que le statut d'infirmière clinicienne vs celui de technicienne n'est pas déterminé par la formation initiale seulement, mais par le contenu de cette formation initiale qui va être évalué par l'OIIQ ainsi que par l'expérience professionnelle qui peut compléter la formation initiale. Ce qui va avoir beaucoup d'impact sur le salaire de la personne concernée. La FIQ le résume ainsi :

Donc, je sais que c'est un processus qu'elles doivent faire parce qu'être reconnue infirmière, c'est-à-dire, avoir un permis d'infirmière, c'est une chose. Le niveau de formation, c'est une autre chose. Parce que l'Ordre ne statue pas sur quel est le niveau de formation de l'infirmière. Elle va seulement statuer sur est-ce que la personne est compétente et peut agir comme infirmière? Donc, je vais lui émettre un permis. C'est un peu ça ce qui rend complexe la chose. [...] Parce que c'est les employeurs qui apprécient la formation comme telle et donc, peuvent reconnaître dans ce cas-là, des échelles de salaires qui seront particulières dans le cas des infirmières. C'est sûr que lorsqu'il n'y a pas ce genre de particularités-là dans d'autres professions. (FIQ)

Nous n'avons pas rencontré d>IDHQ venant de suffisamment de pays différents pour généraliser certains résultats. Mais on peut tout de même affirmer que, si des accords de reconnaissance institutionnels entre pays sont établis, cela facilite grandement le parcours des personnes immigrantes et raccourcis considérablement le temps nécessaire à cette reconnaissance. Parmi nos répondantes, nous l'avons mentionné précédemment, celles qui sont venues avec un ARM ont mis 75 jours à faire reconnaître leurs compétences et obtenir leur permis quand cela peut prendre deux à quatre années à des IDHQ qui doivent passer à travers plus d'épreuves.

3.3.2.2. Recrutement international et ARM

Le Québec se tourne de plus en plus vers le recrutement international pour combler ses besoins de main-d'œuvre dans le domaine de la santé, notamment des infirmières. Le MTESS a mentionné lors de notre rencontre que l'immigration permanente ne répond pas à « l'enjeu de la régionalisation » et « qu'avec le programme de travailleurs étrangers temporaires, c'est peut-être une meilleure voie. » Voilà pourquoi RSQ participe à des missions de recrutement international pour recruter des IDHQ. Selon le site de RSQ, ce dernier « est le principal recruteur de diplômés hors Canada pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux. » L'organisme affiche avoir recruté

depuis 2000 plus de 2050 professionnels de la santé. Nous avons demandé à RSQ de nous fournir les données concernant les infirmières recrutées entre 2008 et 2018. Ils n'ont pas été en mesure de nous fournir ces données-là car « les informations en possession du ministère de la Santé et des Services sociaux couvrent la période de 2012 à 2021. [Ils] ne possèd[ent] pas les informations demandées avant 2012¹⁹⁵. » Il s'agit ici du nombre d'IDHQ recrutées, quel que soit le statut migratoire avec lequel elles sont arrivées, permanentes ou temporaires, car « le statut migratoire n'est pas une donnée colligée » par RSQ. Nous avons reçu les tableaux suivants (Tableau 73 et Tableau 74) :

Tableau 73: Tableau présentant le nombre d'IDHQ recrutées par RSQ, par pays de recrutement

Pays d'origine	Nb d'IDHQ
Grande Bretagne	1
Polynésie française	1
Espagne	3
Italie	4
Liban	11
Inconnu	15
Brésil	20
Belgique	45
France	2006
Total	2106

Source : RSQ. Données du 9 août 2021 demandées par l'auteure

Nous constatons dans le Tableau 73 que 95% des IDHQ recrutées par RSQ à l'international viennent de France. Le MSSS « estime qu'avec l'ARM signé en 2011, la grande majorité des Françaises recrutées a bénéficié de cet arrangement », ce qui implique un processus de reconnaissance rapide (75 jours de stage) et comme ce sont des personnes qui parlent français, il n'y a pas le blocage de la langue. Viennent ensuite les Belges, qui sont elles aussi francophones, puis des Brésiliennes et des Libanaises. Ce sont des pays d'origine qui ont été mentionnés par les acteurs rencontrés, comme le MSSS, quand ils nous ont affirmé que l'OIIQ reconnaissait à ces ressortissantes un niveau baccalauréat, ce qui, nous le rappelons, n'est pas le cas.

Pour la plupart des infirmières rencontrées venues avec l'ARM, c'est justement le fait qu'il y ait un ARM et seulement un stage de 75 jours à effectuer qui a pesé dans la décision de venir car non seulement elles ont un contrat assuré, mais le stage qu'elles doivent réaliser est dans l'établissement où elles ont un contrat et, de plus, il est rémunéré. Léa nous parle de l'ARM « qui nous facilite énormément la tâche. » Manon, elle, nous dit :

¹⁹⁵ Extrait de la réponse par courriel de RSQ du 9 août 2021 à notre demande d'information du 16 juillet 2021.

S'il n'y avait pas eu l'ARM, qu'il a fallu que je recommence tout comme j'ai certaines collègues qui ont fait, recommencé, passé l'examen de l'Ordre et tout ça, je ne pense pas que j'aurai embarqué dans le projet. Non, excuse-moi mais non. Là c'est le fait que ça a été quand même assez facile, que je savais qu'on était reconnues, que j'ai eu un emploi. À un autre moment, j'ai commencé les démarches d'immigration, je pense deux mois après, j'avais un contrat signé. C'est ça qui fait que, que oui, on s'est lancé. Si ça avait été plus compliqué que ça, je ne suis pas sûre que je serais même venue. Au-delà du fait de repartir, je ne suis pas sûre que je serais juste venue. (Manon)

Si les établissements de santé étaient réfractaires à offrir des stages rémunérés et supervisés à des IDHQ françaises lorsque le recrutement international a débuté au début des années 2000, ces employeurs se sont mis à considérer le recrutement international en France d'un autre œil après la mise en œuvre de l'ARM quand le bassin d'IDHQ présentes sur le territoire s'est amenuisé. Les établissements ont donc décidé de recruter à l'international des IDHQ avec ARM. Ainsi le CIUSSS région nous explique que, « de plus en plus d'établissements offraient les stages. Et là même que je pense que certains établissements, par exemple comme [nom de l'établissement] qui vont à l'international pour recruter d'eux-mêmes, sans nécessairement avoir l'aide de Recrutement santé Québec. » C'est donc l'ARM qui permet un recrutement rapide de la personne car les établissements qui ont « voulu aussi aller vers d'autres pays [...] se sont rendu compte que c'était beaucoup plus compliqué [...] Soit que l'Ordre demandait qu'ils faisaient peut-être un six mois à neuf mois au niveau de la formation [...] pour intégration à la profession d'infirmier et infirmière du Québec, ou sinon, il y avait la possibilité pour certaines personnes de certains pays d'avoir le stage de 30 à 45 jours en un établissement de santé. » (CIUSSS Région). Nous présentons dans le Tableau 74 la répartition dans les différentes régions du Québec des IDHQ recrutées à l'international. Sans surprise, Montréal est la région qui accueille le plus d'IDHQ recrutées à l'international avec près de 59% d'entre elles, suivie de la Montérégie, de la Capitale-Nationale et de l'Outaouais pour ne nommer que les premières destinations.

Tableau 74: Tableau présentant les régions de destination des IDHQ recrutées par RSQ

Région administrative du Québec	Nombre d'IDHQ
Baie-James	6
Saguenay	9
Bas-St-Laurent	10
Gaspésie	10
Lanaudière	20
Chaudière-Appalaches	27
Côte-Nord	30
Maurice et Centre du Québec	31
Inconnu	46
Laval	50
Abitibi-Témiscamingue	53
Estrie	91
Outaouais	107
Capitale-Nationale	127
Montréal	255
Montréal	1234
Total	2106

Source : RSQ. Données du 9 août 2021 demandées par l'auteure

Du point de vue de l'employeur et du MTESS, le fait que les IDHQ temporaires aient un contrat en région directement en arrivant avec un employeur fait en sorte que « [l]e travailleur étranger temporaire, s'il a un statut temporaire puis il est plus en lien avec un employeur, il va rester là, l'intégration risque mieux de se faire. Il va rester là pendant un an, deux ans, puis là, il va, après ça il va demander d'avoir son CSQ pour être immigrant permanent. Mais là il y a peut-être une meilleure chance de rester dans la région où il est arrivé. » (MTESS) On peut tout de même se demander jusqu'à quel point ce lien contractuel des IDHQ temporaires (comme des autres personnes immigrantes venues avec un permis de travail) est intéressant de leur point de vue. En effet, le contrat de travail les lie à leur employeur pour un, deux ou trois ans, car leur permis de travail temporaire est lié à leur employeur. Si un problème survient durant la durée du contrat et donc du permis de travail, la personne concernée ne peut simplement pas dire qu'elle va se chercher un autre employeur. Des démarches concernant son statut migratoire doivent être entamées pour avoir un autre permis de travail lié à un autre employeur.

Nos résultats nous conduisent à avancer que la reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ est à géométrie variable. En fonction du pays d'obtention du diplôme et de la reconnaissance de la formation initiale complétée par l'expérience professionnelle, l'OIIQ va prescrire une mise à niveau qui déterminera le statut de l'IDHQ, infirmière clinicienne ou technicienne. Nous ne pouvons généraliser la reconnaissance des compétences professionnelles menant aux deux statuts en fonction du pays d'origine puisque l'OIIQ nous l'a bien spécifié, il

étudie les dossiers au cas par cas. Sauf pour les Françaises qui viennent avec l'ARM. Cependant, en fonction de ce que nous ont confié les acteurs et les pays de provenance des IDHQ recrutées à l'international, une propension favorable se dessine, évidemment pour les Françaises, mais également pour les Belges, les Brésiliennes et les Libanaises.

3.3.3. *Après la légitimité institutionnelle, la légitimité professionnelle*

Après être passées à travers le processus d'immigration et de reconnaissance de leurs compétences professionnelles, après avoir été supervisées et évaluées en milieu de travail lors des stages et finalement avoir réussi l'examen pour celles qui doivent le passer, le permis d'exercice est finalement remis aux IDHQ. La reconnaissance des compétences professionnelles des IDHQ est finalisée avec cette légitimité institutionnelle. Elles sont enfin infirmières au Québec.

Les IDHQ qui sont passées à travers plusieurs épreuves qu'elles ont réussies ont prouvé leurs compétences aux institutions. Après avoir reçu cette légitimité institutionnelle en obtenant leur permis d'exercice de l'OIIQ, la qualité de leurs compétences et de leur travail est encore jugée par leurs pairs lors du processus d'intégration professionnelle et par les patients. Ensuite, elles peuvent, enfin, avoir une légitimité professionnelle.

3.3.3.1. *Intégration professionnelle des IDHQ et reconnaissance de l'expérience antérieure*

Lors de nos entrevues, nous avons pu constater que les IDHQ ont déployé différentes stratégies de recherche d'emploi selon leur statut migratoire ou la prescription de l'OIIQ pour faire la reconnaissance de leurs compétences professionnelles et obtenir leur permis d'exercice. L'accompagnement par les acteurs institutionnels varie également selon ces mêmes critères.

L'ARM facilite l'intégration professionnelle puisque comme nous l'ont expliqué Camille, Chloé, Manon et Léa, les CIUSSS rencontrés, la FIQ et le MSSS, les IDHQ qui ont bénéficié de l'ARM avaient déjà un emploi garanti avant d'arriver au Québec, quel que soit le statut, permanent ou temporaire. D'ailleurs, pour la plupart, s'il n'y avait pas eu d'ARM et pas de garantie d'emploi, elles n'auraient pas immigré au Québec. Le MIFI souligne ainsi que « le fait qu'il y ait un ARM a facilité l'arrivée d'infirmières françaises. »

Comme nous l'avons vu avec les DHCEU, l'obtention d'un permis d'exercice par l'ordre professionnel n'est pas une garantie d'emploi pour les infirmières, quelle que soit leur origine, tous les acteurs sont unanimes à ce sujet. La recherche d'emploi pour les IDHQ qui doivent passer par l'AEC peut être « difficile » (Cégep Édouard-Montpetit). Cependant, comme le souligne le Cégep Édouard-Montpetit, c'est la même chose pour les Québécois, cela va dépendre des personnes.

« [...] dans la vie en général, même Québécois, des gens qui vont se trouver un emploi super rapidement, puis d'autres, bien, qui ont de la difficulté à leurs démarches, vu que ce n'est pas facile puis ça leur prend plus de temps avant de se trouver un emploi. Même s'ils ont un diplôme dans des domaines en demande, bien ça dépend des personnes. Il y a des personnes ça va super bien leur intégration. » (Cégep Édouard-Montpetit)

L'OIIQ n'est pas tout à fait de cet avis car il « pense que probablement nos IDHC ont plus de difficultés à trouver un emploi que nos Québécoises » sans pour autant connaître les raisons de ces difficultés. D'ailleurs, si le nombre d'IDHQ ayant obtenu un permis d'exercice entre 2008-2009 et 2016-2017 est passé de 103 à 267 (avec un pic à 302 en 2015-2016) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017a), le taux d'intégration sur le marché du travail des IDHQ est en baisse. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017a), il a chuté de 95% en 2011-2012 à 65% en 2015-2016.

Les cégeps et le MSSS ont mentionné aussi que la recherche d'un emploi est facilitée par la connaissance du système. Les IDHQ qui ont déjà exercé comme PAB ou infirmière auxiliaire, « en plus d'avoir une expérience de préposés dans le réseau, ils ont des références dans le réseau. Puis à ce moment-là, c'est ça qui se construit, ils commencent à construire tout leur historique par rapport à ça. Donc pour se trouver un emploi comme infirmier par la suite, c'est beaucoup plus facile » (MSSS) Donc non seulement elles savent quelles démarches elles doivent entreprendre et à qui s'adresser, mais en plus, elles accumulent de l'expérience professionnelle qui sera prise en compte dans le calcul de l'ancienneté.

Ce qui facilite la recherche d'emploi selon le MSSS et les cégeps, ce sont les ateliers offerts aux IDHQ par RSQ et les organismes en employabilité. RSQ propose quatre ateliers. Le premier, sur la rédaction du CV, informe les IDHQ sur la façon de démontrer leurs compétences aux recruteurs sans en dresser une liste hors contexte. Le deuxième est en lien avec « les valeurs professionnelles qu'on retrouve dans la profession au Québec dans le secteur de la santé » (MSSS). Les troisième et quatrième ateliers sont constitués de mises en situation pour le processus de sélection : entrevues individuelles et de groupe, tests écrits, etc. Les organismes en employabilité peuvent aussi accompagner les IDHQ sur le processus de recrutement mais également pour la régionalisation. La demande ou l'offre d'information sur la régionalisation vient du fait que « il y a un très grand besoin en région, ça va être plus intéressant pour eux aussi. » (PROMIS) Ce même organisme souligne de plus « je les sollicite ou qu'eux me sollicitent pour aller travailler comme infirmiers en région parce qu'il y a une forte demande dans les régions du Québec, puis qu'à Montréal aussi c'est un peu saturé puis qu'on a des qualités d'emploi moins intéressantes là. »

Ce serait donc plus facile pour les IDHQ en région de trouver un emploi et également dans le privé comme l'explique le Cégep Limoilou :

Ils s'essaient plus au public. Mais ils ont plus de réussite au privé. CB. Ah oui? AI. Les critères d'évaluation au privé ne sont pas les mêmes qu'au public. Au privé, ils vont prendre les gens parce qu'ils ont des besoins aussi. Ce ne sera pas nécessairement en termes de jugement de la qualité de la personne qu'ils ont mais bien, le travail. Au privé, la différence aussi c'est que, si je décide que tu ne fais pas l'affaire, bien, ce n'est pas dur non plus de dire : « merci. Bonsoir. Demain, tu ne rentres pas travailler. » donc, c'est aussi une flexibilité, je dirais, que le privé peut avoir versus le public

Certaines IDHQ comme Anna, Patricia et Sarah ont, en parallèle, préparé et réussi l'examen de l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires du Québec (OIIAQ)¹⁹⁶ dans l'éventualité où elles n'obtiendraient pas leur permis de l'OIIQ.

Avant d'exercer comme infirmières, nos répondantes passées par l'AEC ont toutes exercé la profession de PAB puisque « c'est recommandé » (PROMIS) et que cela va être un plus dans leur CV.

Outre l'échec à l'examen de l'OIIQ au bout de trois tentatives, une autre raison invoquée par nos répondants pour laquelle les IDHQ n'exercent pas leur profession est la langue. Si le niveau de français n'est pas jugé suffisant par les employeurs, cela constitue une barrière à l'embauche pour certaines IDHQ. C'est le constat que fait le John Abbott College notamment. Certaines IDHQ quittent le Québec pour aller finaliser leurs équivalences dans une province anglophone, à cause de la langue ou parce que leur plan initial était d'avoir la résidence permanente au Québec car les démarches de reconnaissances y sont plus faciles puis partir ailleurs dans le Canada anglais.

Je leur dis, j'ai changé mes critères mais aussi c'est que les employeurs n'employaient aucun de nos étudiants parce que vous ne parlez pas français. Fait qu'ils sont frustrés puis ils s'en vont. Je remplis des documents, des équivalences parce qu'ils s'en vont ailleurs. Celui-là, ça c'est aux États-Unis. Celui-là, Ontario. Lui, c'est États-Unis aussi. Ontario. États-Unis. [...] Parce qu'ils n'arrivent pas à travailler ici? AI23. Soit qu'ils n'arrivent pas à travailler ou bien, ils ont pris le cours puis ils n'ont pas l'intention de rester ici. Ils sont leur RN, la licence puis ils essaient d'avoir les équivalences puis aller travailler ailleurs où est-ce qu'ils n'ont pas besoin de faire le français. Il y en a qui m'appellent de Vancouver, d'un peu partout parce que c'est plus facile d'avoir ta licence de RN au Québec parce que c'est un niveau plus bas. (John Abbott College)

Cela vient confirmer ce que le MIFI nous confiait sur les infirmières indiennes et philippines qui ont été admises en 2016 et 2017 au Québec alors qu'elles ne répondaient pas aux critères du Canada pour immigrer.

¹⁹⁶ Pour obtenir un permis de l'OIIAQ, les candidates doivent détenir un DEP en Santé, assistance et soins infirmiers et réussir l'examen de l'Ordre. www.oiiq.org

Les IDHQ qui sont refusées à la sélection du cégep continuent comme PAB. Pour certaines, l'échec et l'impossibilité d'exercer la profession sont un crève-cœur. Anna par exemple nous a confié que :

C'est une vocation. Toute ma vie, c'est ça. Je ne fais que ça. Dans mon pays, c'est ce que j'ai toujours fait. Je vis avec mes enfants, ça fait bientôt 10 ans que je suis seule avec mes enfants. Mais, toute ma vie, même, mes enfants me connaissent pour ça, j'ai vécu comme ça, en Afrique. Si je ne suis pas infirmière, je retourne chez moi pour être infirmière. Je le dis, je le dis, je vais le clamer haut et fort. Je retourne parce qu'on en a besoin encore chez moi. [...] Je vous le dis, je le dis avec la gorge nouée. J'ai toujours voulu être une infirmière. (Anna)

D'ailleurs, son troisième échec à l'examen de l'OIIQ fin 2018 lui a fait « perd[re] tout espoir pour [s]on intégration professionnelle. » Nous avons eu l'occasion d'échanger une deuxième fois avec Anna lors des deuxièmes entrevues que nous avons réalisées début 2020 et voilà ce qu'elle nous a expliqué : « Je continue mon étape d'intégration professionnelle. Je n'ai pas baissé les bras. Je constitue également un modèle pour mes enfants qui seront aussi confrontés à un choix de carrière. » Elle n'est donc pas retournée en Côte-d'Ivoire, son pays d'origine, et travaille dans le système de santé. Elle a encore l'espoir d'exercer sa profession.

Pour les IDHQ qui viennent avec l'ARM, l'intégration dans la profession semble bien se passer. Léa nous a expliqué qu'une période « d'orientation » est prévue lors du stage de 75 jours avec les infirmières nouvellement diplômées et dans son cas ce programme était « exceptionnel » et « vraiment très bien fait ». Néanmoins, elle a mentionné avoir « joué le jeu » des attentes des superviseurs et collègues car « eux, ils voulaient juste que je sois complètement formatée à suivre leurs protocoles et d'ordonnances collectives. » Camille a eu une bonne expérience aussi avec le même sentiment que l'attitude est importante. Elle était prévenue et si certaines situations l'ont « choquée », elle « l'a bien vécu » alors que selon elle, plusieurs Françaises sont retournées en France « parce qu'elles ne pouvaient pas. » Pour Manon également, l'intégration dans la profession s'est bien passée. Elle a eu besoin de s'adapter à l'organisation et aux différents corps de métiers représentés, mais le reste a bien été.

Finalement, une fois que les IDHQ sont passées à travers le processus de recrutement, dans les établissements de santé, les services de « ressources humaines doivent faire [l']exercice et les amener à la bonne échelle. » (FIQ) Il est important de noter que les échelons sont calculés selon la formation initiale reconnue, le statut de clinicienne ou technicienne, l'expérience professionnelle antérieure reconnue et la région où elle est employée comme l'explique la FIQ :

« Mais même au Québec, pour ouvrir une parenthèse, entre infirmière, on va dire québécoises, les règles justement d'intégration dans les échelles avec l'expérience, varient. Parce que... comme notamment, les infirmières cliniciennes, celles qui vont sortir d'une formation universitaire initiale, si je travaille à Québec, je vais être reconnu à l'échelon 1, infirmière clinicienne. Mais si la même infirmière va travailler à

Montréal, à cause du phénomène de pénurie, les employeurs, par des mécaniques différentes, vont la mettre à l'échelon 4. » (FIQ)

Ce qui peut expliquer les difficultés qu'a mentionné Julie pour obtenir la reconnaissance de son échelon de clinicienne ou encore les écarts de rémunération et d'échelons que Dima¹⁹⁷. Son expérience antérieure en tant que médecin n'a pas été du tout reconnue et le calcul de ses échelons, avec son DEC en soins infirmiers, diffèrait d'une région à l'autre, tel qu'il nous l'explique :

« Bien, j'ai des problématiques avec tout ce qui est reconnaissance, tout ça, parce que Chaudière-Appalaches, Capitale-Nationale, ils m'ont reconnu l'université, ils m'ont reconnu tout ce qui est expériences, que j'ai travaillé en Moldavie, et ils m'ont mis dans le dernier échelon maximal, pour la profession d'infirmier. J'ai travaillé dans l'échelon 12. [...] Pas ici. Une fois que je suis rendu ici, au CIUSSS de Sherbrooke, un organisme qui s'appelle PRASE. PRASE, c'est le département de CIUSSS qui s'occupe des salaires, de rémunérations, des congés et vacances qui gère tout l'argent des employés, ils ne m'ont pas reconnu tout ce que mes études. Il m'a dit que PRASE a sa propre valeur et son propre calcul de reconnaissance, puis tout ce que le Chaudière-Appalaches a reconnu, puis que Capitale-Nationale a reconnu, ce n'est pas assez pour, [nom] a fait son propre calcul et m'a mis dans l'échelon 6. » (Dima)

Une différence de trois échelons dans l'exemple de la FIQ est quand même importante, mais Dima nous parle de six échelons, ce qui fait une différence de 7 à 8\$ de moins de l'heure.

Une fois que les IDHQ ont la reconnaissance institutionnelle de leurs compétences en obtenant leur permis d'exercice, nous examinons maintenant la reconnaissance professionnelle, c'est-à-dire si les compétences professionnelles des IDHQ sont reconnues par leurs pairs et leurs patients.

3.3.3.2. Reconnaissance professionnelle par les pairs et par les patients

La légitimité professionnelle des IDHQ est formalisée par l'obtention du permis d'exercice par l'ordre professionnel. C'est une légitimité qui atteste de leurs compétences d'un point de vue institutionnel. Cependant, cette légitimité professionnelle passe aussi par la reconnaissance par les pairs et les patients des compétences professionnelles des IDHQ. Nous avons constaté que les avis divergent à ce sujet parmi nos répondants.

Le MIFI pense que les infirmières françaises « sont assez appréciées dans le milieu, elles sont considérées comme compétentes ».

¹⁹⁷ Dima fait partie de notre échantillon de DHCEU car il a complété sa demande de résidence permanente comme DHCEU. Il a fait le choix, par dépit, de devenir infirmier au Québec au lieu de faire les démarches pour exercer la profession de médecin. C'est à ce sujet que nous l'avons rencontré. Mais comme infirmier, il nous a fait part de son expérience, notamment concernant le calcul des échelons et de sa rémunération.

Pour le MSSS, la reconnaissance passe par une adaptation de l'IDHQ à son nouvel environnement de travail et des équipes de travail à l'arrivée de nouveaux collègues, dans un environnement de travail qui ne laisse pas toujours de temps pour le faire.

L'OIIQ n'a pas de données qualitatives ou quantitatives, mais « par expérience » « il y a certains milieux probablement qui sont réticents ».

Le CIQ pense que l'intégration des IDHQ se passe bien et « que l'arrimage se fait bien grosso-modo ». Il estime que les IDHQ ont mis du temps et de l'énergie pour intégrer leur emploi et qu'elles « sont donc très bien préparées ».

Les cégeps nous disent que c'est « complexe » (Cégep du Vieux-Montréal) et que cela ne dépend pas forcément du fait que ce sont des immigrants parce que les milieux sont « saturés » (Cégep du Vieux-Montréal), que l'accueil des nouvelles infirmières n'est pas toujours optimal mais que « avec l'immigrant ça s'exacerbe. » (Cégep du Vieux-Montréal) Certains parlent aussi de personnalités qui peuvent rencontrer des difficultés à s'intégrer dans des équipes de travail. Le Cégep Limoilou est beaucoup plus explicite quand il nous répond que « malheureusement, non » la personne immigrante ne va pas être perçue par ses collègues, par sa hiérarchie ou par les clients, comme quelqu'un d'aussi compétent que si elle avait fait ses études au Québec. De plus, les différences culturelles et la communication interculturelle ne facilite pas toujours cette reconnaissance des compétences professionnelles par les pairs.

Le Cégep de Sherbrooke « ne pense pas qu'il y de problématique ». Au John Abbott College, on nous fait part d'un besoin d'encadrement des IDHQ un peu plus important que les autres car « on n'a pas tout expérimenté » durant les stages « c'est impossible en trois mois ». Ce qui fait que lorsque les IDHQ se retrouvent dans une situation qui n'a pas été traitée durant les stages ou la formation, « ils retournent à ce qu'ils connaissent, ce qui est dans leur pays. Et ce n'est pas toujours la bonne chose. » Le John Abbott College nous rapporte également que certains établissements demandent à recevoir et embaucher des IDHQ car « Ils disaient qu'ils travaillent fort, ils sont à l'heure, ils sont dédiés et ils appréciaient. Puis ils sont matures, ils ont une certaine expérience aussi. Et ils appréciaient ça. » De plus, parler la langue des patients, autre que le français ou l'anglais, c'est un plus.

Pour le CIUSSS Montréal, la reconnaissance par les pairs, c'est quand on appelle l'IDHQ pour un acte particulier parce que l'on sait qu'elle sait le faire. Elle nous donne l'exemple suivant :

Tu diras que c'est juste purement technique mais quel défi personnel qu'elle a eu, cette femme-là, pour le faire et avoir la reconnaissance de ses pairs parce qu'un diplôme, c'est un truc, mais la vraie, la vraie reconnaissance passe quand ta collègue te dit : aye, j'ai besoin de toi. Viens m'aider parce que toi, tu possèdes ce petit plus là. Écoute, elle s'est tellement pratiquée parce qu'elle voulait être vraiment bonne. Mais c'est ça qui

est arrivé. C'est ça qui est arrivé, elle est devenue vraiment bonne dans des contextes prostate, hypertrophie. (CIUSSS Montréal)

Pour les organismes comme l'Hirondelle, la reconnaissance est « très très difficile ».

Les avis sont partagés parmi les IDHQ rencontrées, leurs expériences étant très différentes. Grâce, infirmière aujourd'hui, a eu une très bonne expérience durant son parcours d'intégration et de mise à niveau tant lorsqu'elle était PAB que pendant la période où elle était CEPI. Ses collègues l'ont encouragée en lui disant qu'elle allait réussir son examen : « On sait que tu vas devenir infirmière parce que t'es bonne. » Alors que Patricia a partagé l'expérience de certaines de ses connaissances qui se faisaient dire lors du stage de l'AEC qu'on ne les « voyait pas comme infirmières » et qu'elles « n'auraient jamais leur permis. » Anna a eu une expérience différente. Elle était reconnue compétente par ses pairs et par les patients « Oui. Là où j'ai déjà travaillé, j'ai été reconnue, ça se voit dans la manière de me répondre, la manière de me parler. » (Patricia) En revanche, avec sa superviseure, c'était plus délicat parfois car elle vivait un manque de considération de ses compétences et connaissances quand elle n'utilisait pas les bons termes et constate que « [I]es erreurs ne sont pas tolérées. » Julie de son côté a vécu plusieurs épisodes difficiles d'intégration et nous a dit avoir dû justifier être compétente à plusieurs reprises en insistant sur le fait qu'elle avait passé et réussi l'examen de l'OIIQ. Quand nous lui avons demandé si elle était reconnue compétente par ses pairs, elle nous a répondu :

« Non. À chaque fois, c'est ça. J'ai ressorti une évaluation sur mon bloc. J'avais bien aimé la phrase : je me référais trop à mes connaissances européennes. Ce n'était pas « françaises », c'était « européennes ». Donc c'est l'Europe. Mais je me rappelle, j'avais refusé de signer le document. J'ai dit : moi, je ne signe pas ça. En me disant que je référais, bien je me réfère à ce que je connais puis je suis infirmière. Puis quand je suis arrivée, ça faisait quand même plusieurs années que j'étais infirmière. Puis j'étais infirmière bloc opératoire depuis 2000. Donc ça faisait quand même huit ans que j'étais infirmière de bloc. Puis j'avais fait quand même des gros blocs, l'orthopédie puis la neurochirurgie. Ce n'est quand même pas rien, j'estimais. Mais non, pas de reconnaissance. Puis c'est ça. Puis non, je reste toujours l'infirmière française de toute façon. »

Nour au contraire a eu une bonne expérience car elle nous dit « Mais déjà en CEPI, je voyais qu'ils savaient que je suis compétente, que j'ai quand même un background sans nécessairement dire, j'ai travaillé 15 ans ou la façon que j'ai évolué. Donc ça n'a pas duré longtemps puis j'ai pris ma place discrètement ».

Reconnaissance de la hiérarchie

Selon le CIUSSS et le MSSS, on reconnaît les compétences mais il faut comprendre les différences culturelles qui peuvent venir brouiller les communications. On parle de « lunettes » (MSSS) et de « différence culturelle dans la pratique qui influence énormément les choses. » (CIUSSS Montréal) Anna, Manon et Chloé ont mentionné avoir été reconnue par leur hiérarchie. Anna avait une « boss. Très bien. Elle était ouverte, attentive, à toutes mes suggestions. » Elle insiste sur le fait qu'elle « étai[t] vraiment, je vous le dis, soutenue par [s]a boss. Elle a reconnu la qualité de [s]on travail. C'est la qualité surtout de [s]on travail qui a payé. » Manon était heureuse qu'à la direction des soins infirmiers, lors de son évaluation, on lui ait dit « t'es une des seules pour que, au bout d'une semaine, on savait qu'il n'y aurait pas de problème avec toi. » Chloé elle aussi s'est sentie « soutenue » par ses superviseuses qui avaient « une certaine sévérité » et qui la « regardait à la loupe » mais elle l'a bien vécu car c'était fait « de manière bienveillante. »

Reconnaissance par les pairs

Ce qui ressort de la reconnaissance par les pairs c'est surtout une adaptation aux différences culturelles. Pour le MSSS, « l'équipe doit intégrer une nouvelle ressource avec des façons de voir différentes, avec une expérience, un background différent », tout cela dans le contexte où « des patients qui sont malades, qui crient, qui souffrent ». Pour le Cégep Limoilou, ces différences culturelles, plus habituelles à Montréal qu'à Québec, sont vraiment marquées dans les relations entre collègues, plus que la nécessité de prouver que l'on est compétent. Cela peut conduire à des « mésententes » et surtout des problèmes de communication. Ces problèmes de communication et de différences culturelles, le CIUSSS de Montréal les a identifiés et propose une journée de formation et de sensibilisation aux personnes qui accompagnent les IDHQ lors de leur intégration ou durant le stage. Au CIUSSS en région, il n'y « a jamais eu de commentaires négatifs en lien avec soit l'attitude ou que ça se passait mal entre employés ou entre collègues-là, que ce soit une infirmière française ou les autres infirmières. » Pour la FIQ, encore une fois, on nous parle de différences culturelles, de difficultés plus marquées en région qu'à Montréal, surtout quand il s'agit d'une « première fois ». La première IDHQ dans un service, les affinités plus marquées avec les Françaises, les signes religieux comme le port du voile : « Le voile, ça paraît, ça paraît... mais à Québec quand les premières infirmières qui portaient le voile sont arrivées, je me rappelle, ça a beaucoup réagi. On n'était pas du tout dans les compétences. On était dans... [...] Mais ça a freiné – et pour les collègues et pour les patients aussi à certains égards. » Cependant, le Commissaire nous a mentionné qu'il avait entendu dire d'une association qu'elle conseillait à ses compatriotes d'aller en région car « ils sont moins prétentieux, moins, moins sujets à des problèmes de gestion de la diversité. Puis la charge de travail n'est pas hyper allégée, mais elle est différente » de Montréal.

Les organismes comme l'Hirondelle ou PROMIS ont aussi abordé les différences culturelles plutôt que la reconnaissance ou pas des compétences. L'Hirondelle a mentionné en plus que les IDHQ étaient perçues comme ayant un « accès plus rapide, plus facile » que les infirmières formées au Québec alors qu'elles ont une formation et une expérience dans leur pays d'origine. Mais c'est comme si cet aspect était gommé :

c'est parce qu'on regarde toujours sur soi-même. On ne regarde pas sur les autres. On se dit, ah mais moi, pour avoir ce travail, j'ai dû trimer fort, j'ai dû étudier, j'ai dû faire ça, ça, ça. Elle, elle arrive de l'étranger, elle a refait, oui, une petite mise à jour et puis pouf, elle est au même niveau que moi. On a l'impression qu'on leur donne un accès plus rapide, plus facile. Mais ce qu'on oublie, c'est que cette personne-là, dans son pays, pour avoir ce statut ou cette profession, elle a trimé aussi, elle a dû étudier, elle a aussi passé toutes les étapes que la personne a dû passer. Et encore plus, maintenant qu'elle doit reprendre des étapes, reprendre des études, refaire des mises à jour pour pouvoir repratiquer. Elle a une double difficulté mais les gens ne voient que là, les premières lignes. Ils oublient tout ce que la personne a dû faire auparavant. Et ça, ça doit créer justement des insatisfactions entre les personnes

Ces préjugés envers les IDHQ ont été mentionnés aussi par la consultante qui avait entendu certains clients lui rapporter que les IDHQ avaient obtenu un poste à temps plein alors que leurs collègues québécois attendaient cela depuis longtemps. Julie a mentionné que c'était également le cas lorsqu'elle est arrivée en 2008, à Sherbrooke. Ses collègues étaient « hostiles » et que « l'infirmière, elle avait, comment dire, comme croyance qu'on venait nous chercher en France, on nous faisait signer un contrat, on nous amenait ici puis on nous mettait en logement, on payait nos factures et tout pour pouvoir bien s'installer. C'était ça, l'immigration. »

Pour Franck, « le plus difficile, c'est avec les collègues. C'est où c'est souvent le plus difficile. » Il l'a mentionné à deux reprises lors de notre entrevue. Ils manquent de patience et n'acceptent aucune erreur selon son expérience. Patricia et Julie ont également eu des relations difficiles avec leurs collègues, elles ne se sentaient pas beaucoup appréciées. Julie parle de collègues « frustrées » par rapport à la reconnaissance de ses compétences comme Française, qui a quand même dû passer l'examen de l'OIIQ. Julie a très mal vécu ses relations avec ses collègues et ne s'est jamais véritablement sentie intégrée, acceptée et reconnue compétente. Elle a quitté le Québec au bout de 10 ans pour retourner en France en 2019. Anna a elle aussi eu des collègues qui « étaient désagréables ». Mais elle avait le soutien de sa direction, ce qui l'a beaucoup aidée.

Grâce est plus pragmatique. Elle n'a « vraiment pas eu de problème avec quelqu'un » mais elle nous explique que ses relations avec ses collègues étaient bonnes, ses compétences n'étaient pas remises en question, mais « on n'est pas obligé de s'aimer. Mais on est obligé de collaborer, de travailler ensemble ».

Camille, Léa, Manon et Chloé, Françaises arrivées à Montréal avec l'ARM ont eu de bonnes relations avec leurs collègues car elles n'étaient pas les premières IDHQ de l'équipe et en plus, beaucoup de Français étaient déjà intégrés, ce qui leur a facilité la tâche. Elles n'ont pas senti du tout que leurs compétences étaient remises en question. De plus, les « échanges entre [les] deux cultures » et « le partage d'expérience » étaient fort appréciés.

On ne me l'a pas dit en tout cas mais en fait, je n'ai pas senti de différence. C'est plus peut-être des fois dans notre façon d'échanger. Si moi, j'utilisais un terme puis j'utilisais un autre terme pour qu'on soit capable de se comprendre, mais on ne m'a jamais dit, on ne me l'a jamais fait sentir en tout cas, du genre, toi, ton diplôme est français, donc il est moins bon que le mien. Puis souvent, ils me disaient : mais toi, tu es nouvelle, alors tu ne sais pas. Je vous assure, cette machine, je la connais, j'ai travaillé pendant des années avec. Oui mais non, tu ne sais pas. OK, laissez faire. Puis je suis allée faire un pansement puis elles m'ont dit : ah, mais tu le savais le faire. Mais oui, ça faisait longtemps que je vous disais. Puis là moi, ça m'énervait, donc je l'ai fait. Puis je n'ai pas senti de différence. Puis étant donné, je pense, qu'il y a beaucoup d'infirmiers français, ça aide aussi. Donc je pense qu'ils sont au courant que le diplôme, il y a des petites différences mais que c'est équivalent. (Léa)

Ce qu'elles notent cependant qui peut jouer contre elles, « C'est l'accent français qui a toujours, qui donne l'impression qu'on est au-dessus des autres, qu'on parle de manière hautaine. » (Manon)

Sans que leurs compétences soient remises en question, elles témoignent qu'il « faut faire ses preuves » (Chloé), mais que c'est normal parce qu'elles sont de nouvelles infirmières qui arrivent dans un nouveau milieu de travail et qu'il « faut prendre sur soi » (Chloé).

Finalement, Nour a vécu des situations où ses collègues « sous-estimaient » ses compétences, alors qu'elle a passé l'examen de l'OIIQ et qu'elle avait au Liban 15 ans d'expérience professionnelle. Certains collègues « ne reconnaissaient pas [son] parcours. »

Reconnaissance par les patients

Les acteurs comme le cégep Limoilou et la FIQ ont mentionné des difficultés avec les patients, notamment avec les plus âgés qui ont moins l'habitude de la diversité culturelle ou parce que leurs facultés cognitives sont plus limitées et qu'ils ont peu de filtres. Mais « c'est souvent l'habileté des individus qui fait la différence. » (FIQ) Pour L'Hirondelle, des IDHQ dans les établissements de santé, c'est une bonne chose car de plus en plus de patients sont aussi issus de l'immigration ce qui fait que « le lien de reconnaissance, d'appartenance est beaucoup plus significatif. »

Pour les IDHQ, à part Franck et Julie qui ont mentionné avoir eu de rares mauvaises expériences, les autres sont unanimes. Cela se passe très bien avec les patients. Le défi réside parfois dans les accents, de part et d'autre, dans les expressions. Les relations sont plutôt bon enfant et les IDHQ bien acceptées comme dans l'expérience de Chloé : « [...] les patients ont été patients avec moi. [...] je suis la petite Française. C'est bienveillant, ce n'est pas dit méchamment ». Manon n'a « pas

le souvenir d'avoir eu des défis avec les patients autres que la langue » tandis que les patients de Léa « ne se gênaient pas » pour lui dire qu'elle avait un accent, mais sans méchanceté puisqu'ensemble ils en « rigolai[en]t. »

Dans cette troisième partie du chapitre de résultats sur les infirmières immigrantes, nous avons divisé la présentation de nos résultats sur la reconnaissance des compétences des IDHQ en trois sections.

D'abord, durant le processus d'immigration, les acteurs institutionnels collaborent et se sont dotés d'outils et de critères pour s'assurer de sélectionner les immigrants ayant le potentiel à bien gagner leur vie. Ainsi, le MIFI, en collaboration avec le MTESS, établit les pointages de la grille de sélection et de la liste des domaines de formation utilisées pour sélectionner les candidats à l'immigration. S'agissant des IDHQ, leur profession leur donne beaucoup de points dans la grille de sélection, en plus de tous les autres critères de sélection comme le niveau de diplôme, l'expérience professionnelle, la connaissance du français ou l'âge. La profession d'infirmière est en forte demande au Québec. Le MIFI et les autres acteurs institutionnels s'attendent donc, avec les critères de sélection, à admettre des professionnelles formées à l'étranger qui répondent aux besoins du marché du travail québécois et qui parlent français et les IDHQ considèrent, avec tous ces points obtenus grâce à leur formation initiale et leur expérience professionnelle, qu'elles pourront rapidement exercer leur profession d'infirmières.

Ensuite, durant le processus de reconnaissance des compétences, les IDHQ doivent passer à travers plusieurs étapes avant de faire reconnaître leurs compétences et exercer leur profession. Dans un premier temps, l'OIIQ étudie le dossier des IDHQ. Pour ce faire, il s'appuie sur son propre référentiel des compétences cliniques de l'infirmière, Mosaïque, pour traduire ses attentes par rapport aux compétences à acquérir pour devenir infirmière au Québec. Ce référentiel est aussi utilisé durant les formations, comme la formation d'appoint spécialement destinée aux IDHQ, pendant les stages ou encore lors de l'examen pour obtenir le permis d'exercice. Une fois les documents administratifs évalués, dont les diplômes, les attestations d'expérience professionnelle et l'évaluation comparative du MIFI, le comité des équivalences de l'OIIQ formalise sa décision auprès des IDHQ sous la forme d'une prescription. L'Ordre demande alors à l'IDHQ concernée d'aller soit au cégep suivre une formation d'appoint de 6 à 9 mois pour obtenir une AEC ou alors de réaliser un stage de 40 jours dans un établissement de santé, en fonction de l'évaluation de la formation initiale et de l'expérience professionnelle. Ensuite, les IDHQ doivent réussir l'examen de l'Ordre afin d'obtenir leur permis d'exercice. Pour les IDHQ françaises venant avec un ARM, seul un stage de 75 jours en établissement de santé est exigé avant de recevoir le permis d'exercice.

Nos résultats montrent que pour certaines IDHQ, les échecs répétés à l'examen de l'OIIQ les excluent du parcours et de la pratique de la profession d'infirmière. Elles sont alors préposées aux bénéficiaires ou encore infirmières auxiliaires. Certaines retournent aux études en soins infirmiers car elles sont décidées à exercer comme infirmières.

Enfin, durant le processus d'intégration professionnelle, les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences gardent beaucoup d'incertitudes concernant les aptitudes des IDHQ à exercer le rôle d'infirmière tel qu'il est normé au Québec. Nous avons constaté que nos répondantes ont toutes travaillé comme préposées aux bénéficiaires (PAB), ce que les acteurs encouragent fortement, avec le risque, pour celles qui échouent à l'examen de l'OIIQ, d'être exclue du processus de reconnaissance et de rester PAB ou de devenir infirmière auxiliaire. L'intégration des IDHQ dans la profession d'infirmière est compliquée au Québec par le fait qu'il existe plusieurs types d'infirmières ayant des rôles très distincts et deux ordres professionnels : l'OIIQ qui délivre le même permis pour une infirmière technicienne qui est formée au collège et une infirmière clinicienne qui est formée à l'université, et l'OIIAQ, qui délivre un permis à une infirmière auxiliaire qui a une formation de niveau DEP. Ainsi, l'intégration professionnelle est liée au niveau de la reconnaissance institutionnelle de leurs compétences.

Nous présentons dans la quatrième et dernière partie de ce chapitre une synthèse des résultats concernant la reconnaissance des compétences des IDHQ dans laquelle nous présentons la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ.

4. Synthèse : la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ

Cette quatrième partie a pour objectif de présenter les résultats de notre recherche sur la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des infirmières diplômées hors Québec (IDHQ) au Québec.

Dans la première partie de ce chapitre, nous avons commencé par une présentation historique de la profession d'infirmière au Québec afin de présenter les origines de la profession, le contrôle de la pratique infirmière, la formation exigée et les conditions d'exercice.

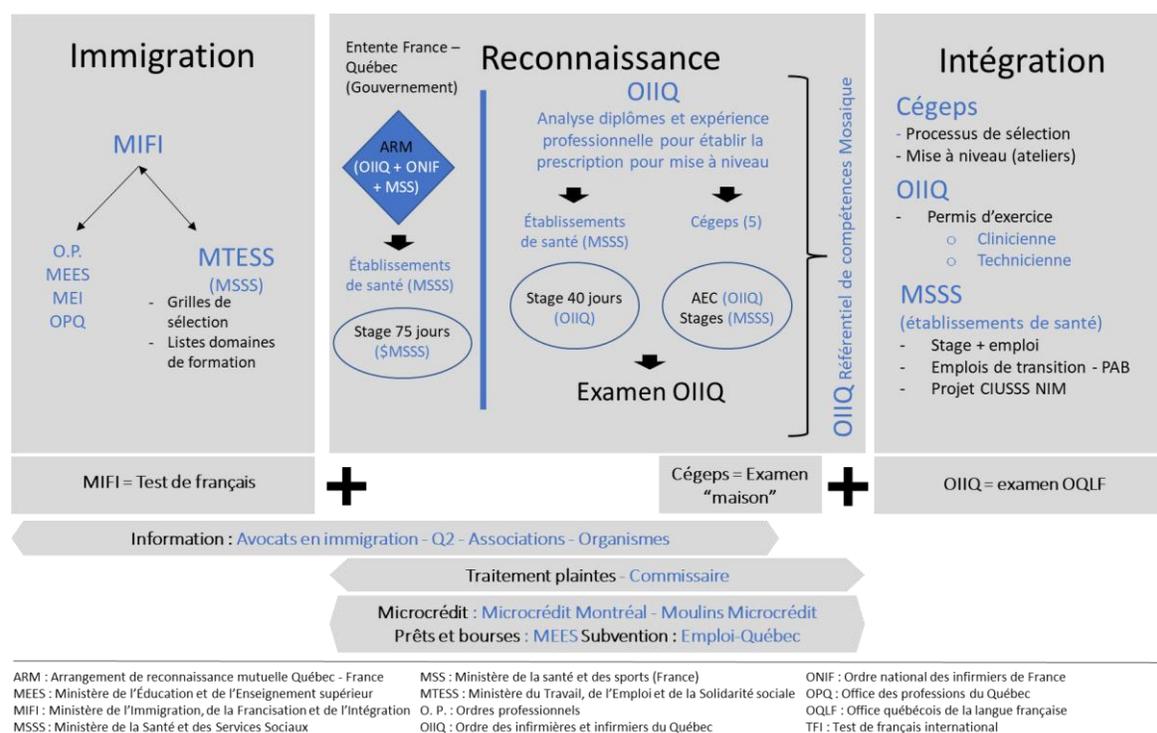
Nous avons ensuite, dans une deuxième partie, détaillé les études infirmières au Québec et les cheminements pour obtenir un permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et exercer sa profession au Québec. Puis nous avons brossé un portrait de la profession

d’infirmière au Québec et détaillé les besoins et la planification de la main-d’œuvre infirmière dans la province. Enfin, nous avons fait un portrait des IDHQ arrivées au Québec entre 2008 et 2018 et expliqué les cheminements institutionnels possibles de reconnaissance de leurs compétences afin d’obtenir un permis d’exercice de l’OIIQ et exercer leur profession.

La troisième partie du chapitre est divisée en trois sections. Nous avons détaillé les étapes et expliqué le rôle des acteurs de la reconnaissance des compétences des IDHQ durant trois processus : immigration, reconnaissance des compétences et intégration professionnelle.

Les résultats montrent à quel point la structure de coordination des acteurs institutionnels est complexe et il nous semble pertinent d’en faire une synthèse que nous proposons dans la Figure 26.

Figure 26: Structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ



Nous y avons représenté les trois processus analysés – immigration, reconnaissance des compétences, intégration dans la profession – et les acteurs composant cette structure de coordination de reconnaissance des compétences des IDHQ.

D’abord, à la différence de la structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des DHCEU synthétisée dans la Figure 16, celle des IDHQ ne comporte aucun acteur institutionnel canadien et donc tous les acteurs représentés sont en bleu. Le MSSS est identifié entre parenthèse car il intervient à plusieurs niveaux et dans les trois processus analysés avec un rôle différent à

chaque fois. Nous le verrons plus en détails dans le chapitre 6 d'analyse et de discussion. Néanmoins, à l'instar de la structure de coordination des acteurs des DHCEU, les acteurs québécois et français impliqués dans l'ARM sont représentés dans un losange bleu plein.

Ensuite, nos résultats nous ont permis de constater que la question de l'évaluation de la langue française est importante dans le processus de reconnaissance des compétences des IDHQ non francophones, et qu'elle peut mener, à l'exclusion provisoire du processus, c'est pourquoi nous avons ajouté dans la Figure 26 toutes les étapes d'évaluation du français dans chacun des trois processus analysés.

Également, comme pour les DHCEU, la recherche nous a amenée à considérer, dans la structure de coordination des acteurs institutionnels, d'autres acteurs plus à la périphérie de la reconnaissance des compétences elle-même. Ces acteurs sont importants dans les trois processus. Ils ne sont pas des acteurs institutionnels mettant en œuvre des critères d'évaluation des compétences des IDHQ afin de réduire leurs incertitudes à ce sujet. Leur mandat est d'accompagner les IDHQ de différentes façons : soit en leur prodiguant les informations dont ils ont besoin pour les processus de reconnaissance des compétences, soit en fournissant un soutien financier, et ce, à différentes étapes des trois processus analysés. Certains de ces acteurs sont d'ailleurs financés par certains acteurs institutionnels comme le MIFI, le MTESS et les MSSS pour ce faire.

Par ailleurs, les outils d'évaluation des acteurs institutionnels sont mentionnés en noir.

Enfin, les liens entre les acteurs sont représentés par des flèches fines indiquant le sens de la relation entre les acteurs, les flèches épaisses quant à elles indiquent le sens et la succession des épreuves que doivent traverser les DHCEU.

Ainsi, **durant le processus d'immigration**, le MIFI collabore avec les ordres professionnels, le MEES, le MEI, le MTESS et l'OPQ en leur présentant les *grilles de sélection* des travailleurs qualifiés à valider. Le MIFI se coordonne plus spécifiquement avec le MTESS pour établir les pointages et les pondérations des *domaines de formation* et des grilles de sélection. Le MTESS s'est, lui, préalablement coordonné avec le MSSS concernant les besoins de main-d'œuvre infirmière.

Concernant *l'évaluation du français*, le MIFI demande les résultats de plusieurs tests opérés par deux organisations françaises : France éducation internationale et la Chambre de commerce et d'industrie de Paris Île-de-France¹⁹⁸.

¹⁹⁸ Pour le détail des tests, voir la liste disponible sur le site du gouvernement du Québec : <https://www.quebec.ca/immigration/programmes-immigration/programme-experience-quebecoise/conditions-selection/connaissance-francais>

Puis, **durant le processus de reconnaissance des compétences**, l'OIIQ est l'acteur institutionnel presque unique que l'on retrouve à toutes les étapes qui conserve le contrôle de l'évaluation des compétences.

D'abord, pour les IDHQ qui ne sont pas concernées par un ARM, l'OIIQ analyse les diplômes et l'expérience professionnelle pour établir la *prescription* de mise à niveau. Dans cette analyse, il s'appuie sur *l'Évaluation comparative des études effectuées hors Québec* du MIFI. Ce document est un avis d'expert et pas une équivalence, il compare la formation initiale des IDHQ à une formation comparable au Québec. Ensuite, en fonction de la prescription de l'OIIQ, les IDHQ ont deux voies possibles. En premier lieu, elles réalisent un *stage en milieu clinique de 40 jours* dans un établissement de santé. Elles sont alors rémunérées par le MSSS. En deuxième lieu, l'OIIQ leur prescrit de suivre une *AEC* dans un des cinq cégeps (Vieux-Montréal, Édouard-Montpetit, John Abbott, Sherbrooke et Limoilou) de la province qui dispensent la formation *Intégration à la profession infirmière du Québec*. Des *stages en établissements de santé* font partie du programme, mais ils ne sont pas rémunérés. Cependant, les cégeps doivent se coordonner avec les établissements de santé pour obtenir des places de stage pour les IDHQ. L'OIIQ et les cinq cégeps ont collaborés pour la mise en place de ce programme spécial destiné aux IDHQ. Puis, une fois que le stage ou l'AEC sont réussis, elles deviennent CEPI et peuvent travailler en établissement de santé jusqu'à la réussite, comme les infirmières formées au Québec, de *l'examen* de l'OIIQ. Elles ont droit à trois tentatives. Si elles échouent, elles sont exclues du parcours mais peuvent y revenir en retournant aux études collégiales.

Tous les contenus de formation et toutes les évaluations (évaluations de stages, contenus de l'AEC, examens de l'OIIQ) se basent sur les normes prescrites dans *le référentiel de compétences Mosaïques*. Les évaluations et le référentiel de compétences sont tous élaborés par l'OIIQ.

L'accès au programme de l'AEC au cégep est conditionné par la réussite *d'un test de niveau de français*. Les IDHQ qui échouent sont invitées à s'inscrire en francisation pour acquérir le niveau attendu par les cégeps.

Ensuite, pour les infirmières formées en France qui bénéficient de l'ARM depuis 2011 et dont la formation est reconnue comme un bac depuis 2014, le processus est plus simple. En effet, les Arrangements en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM) ont été négociés dans le cadre de l'Entente France-Québec signée par les gouvernements français et québécois. Pour les infirmières françaises, c'est l'OIIQ, l'Ordre national des infirmiers de France (ONIF) et le ministère de la Santé et des Sports qui ont établi les conditions de reconnaissance des compétences pour exercer au Québec. Pour obtenir le permis d'exercice délivré par l'OIIQ, elles

doivent réussir un *stage d'adaptation en milieu clinique de 75 jours*. Elles sont alors rémunérées par l'établissement de santé qui les accueille, donc le MSSS.

Enfin, **durant le processus d'intégration professionnelle**, nous avons identifiés trois acteurs institutionnels jouant un rôle dans la reconnaissance des compétences des IDHQ. Premièrement, les cégeps qui opèrent une sélection pour accéder à la formation d'appoint sur le *niveau de compétences en français* et proposent des *ateliers* pour améliorer les compétences professionnelles des IDHQ. Ensuite, l'OIIQ, qui délivre *un permis d'exercice* pour deux niveaux de compétences, soit les infirmières techniciennes et les infirmières cliniciennes. Le permis est délivré une fois *l'examen de français* de l'OQLF réussi. Enfin, le MSSS qui collabore avec d'autres acteurs institutionnels et finance les *stages* des IDHQ, des *programmes spéciaux pour l'intégration* des IDHQ dans le système de santé, comme le programme du CIUSSS NIM, celui des emplois de transition (préposées aux bénéficiaires) ou encore la régionalisation des IDHQ (avec le MIFI). Il est également employeur des IDHQ lors des stages ou quand elles sont passées à travers tous les processus de reconnaissance de leurs compétences.

À la suite de la présentation de nos résultats concernant les DHCEU et les IDHQ, nous exposerons dans le Chapitre 6 – Analyse et discussion comment ils nous permettent de répondre à la question de recherche et aux objectifs de la recherche.

Chapitre 6 – Analyse et discussion

Nous avons présenté les résultats de cette recherche dans les chapitres 4 et 5 consacrés respectivement aux DHCEU et aux IDHQ.

Nous proposons dans ce sixième et dernier chapitre une analyse transversale des résultats que nous discuterons et associerons aux objectifs initiaux de la recherche.

Notre premier objectif était de rendre compte de la complexité de la coordination des acteurs institutionnels c'est-à-dire identifier les acteurs, les règles, les étapes, la nature des tensions et savoir où se situent les blocages de la reconnaissance des compétences des PFE. Les résultats sont synthétisés dans la Figure 16 et la Figure 26 qui concluent les chapitres de résultats 4 et 5 sur les DHCEU et les IDHQ.

Le deuxième objectif concernait les impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ et leur intégration dans leurs professions respectives. Nous examinons plus précisément comment les points attribués aux grilles de sélection et aux domaines de formation par le gouvernement façonnent les admissions des IDHQ et des DHCEU au fil des ans, ainsi que les effets de l'Accord Québec-France et des ARM signés entre les deux gouvernements pour les deux professions étudiées sur le cheminement de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ.

Le troisième objectif était de comprendre le rôle du MSSS dans la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ, leur recrutement et l'intégration dans leur profession.

Pour la discussion, à travers l'analyse des dimensions du jugement de la qualité des compétences des DHCEU et des IDHQ et des paramètres qui caractérisent les conventions de qualités, nous montrerons comment les épreuves, qui s'enchaînent les unes après les autres et que les IDHQ et les DHCEU doivent réussir successivement, peuvent mener à l'exclusion du parcours de reconnaissance des compétences et de l'exercice de la profession de médecin ou d'infirmière au Québec. En effet, comme le mentionne Eymard-Duvernay (2012a, p. 12):

« L'exclusion est, dans notre approche, l'envers de la sélection. La connotation critique du terme est plus nette [...]: l'exclusion est plus que l'inégalité, c'est une « non-reconnaissance », donc le résultat d'une forme politique illégitime : la personne exclue sort de l'espace commun, n'est même pas évaluée pourrait-on dire. La notion d'exclusion ne prend sens qu'en référence à un collectif politique dont on est exclu. »

Ainsi, quand les médecins et les infirmières immigrants ne peuvent compléter le processus de reconnaissance des compétences, ils sont exclus du « collectif politique », c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas exercer la profession qui est la leur et pour laquelle ils ont été formés.

1. La structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences de DHCEU et des IDHQ

Dans les chapitres 4 et 5, nous avons présenté les résultats de la recherche concernant la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ ainsi que l'exercice de leur profession. Selon le cadre d'analyse établi dans le chapitre 3, nous avons examiné et présenté nos résultats à travers trois processus : immigration, reconnaissance des compétences, intégration professionnelle. Nous avons réalisé un schéma récapitulatif de chacun de ces processus dans la synthèse des deux chapitres de résultats, la Figure 16 (p. 259) et la Figure 26 (p. 377) qui constituent la structure de coordination de la reconnaissance des DHCEU et des IDHQ.

Nous avons répertorié dans les deux schémas les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences de DHCEU et des IDHQ. L'étude empirique et l'analyse documentaire nous ont permis d'avoir une idée quasi exhaustive de la structure, des acteurs, des épreuves, des tensions et des conventions du parcours de reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ.

1.1. Durant le processus d'immigration

Le Gouvernement du Québec sélectionne les personnes immigrantes de la catégorie économique, donc les travailleurs qualifiés, et détermine chaque année le nombre d'immigrants que la province veut accueillir. Dans le programme régulier des travailleurs qualifiés qui mène les DHCEU et les IDHQ vers la résidence permanente, le MIFI veut s'assurer d'accueillir des immigrants ayant potentiellement le plus de chances de s'adapter et de s'intégrer professionnellement. Nous rappelons que le MIFI « ne sélectionne pas en fonction des chances de la personne de pratiquer sa profession » mais « sélectionne, [...] donne les pointages en fonction de ses chances de bien gagner sa vie » (MIDI).

Nos résultats montrent que le Gouvernement du Québec s'est doté d'outils de sélection et de critères d'évaluation pour juger de la qualité du potentiel des médecins et infirmières immigrants « à bien gagner leur vie. » Les grilles de sélection et la liste des domaines de formation permettent ce « pointage » et le test de français donne la possibilité de juger et évaluer la connaissance suffisante du français pour vivre et travailler en français au Québec.

Les résultats indiquent que c'est la formation initiale qui pèse le plus lourd dans la pondération de la grille de sélection avec, selon les années, plus ou moins le quart des points, suivie des connaissances linguistiques, des caractéristiques du conjoint et de l'âge (voir Tableau 35 et Tableau 36). En 2015, le critère d'adaptabilité a été retiré car jugé trop subjectif (Vérificateur général du

Québec, 2011) et dès 2013, l'évaluation du niveau de français s'est opérée à partir d'un test plutôt que par le conseiller qui faisait passer les entrevues aux candidats à l'immigration et dont les critères d'évaluation étaient jugés également subjectifs.

Ainsi, pour réduire son incertitude quant à la qualité des DHCEU et des IDHQ, le MIFI se coordonne avec plusieurs partenaires : les ordres professionnels, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), le ministère de l'Économie et de l'Innovation (MEI) et l'Office des professions du Québec (OPQ). Mais surtout, il collabore étroitement avec le MTESS, qui travaille lui-même avec le MSSS concernant les besoins et la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé. Les grilles de sélection sont validées par tous ces acteurs. Cependant, nous constatons l'absence de coordination formelle et structurée avec les ordres professionnels (qui ont le contrôle de la profession de médecin et d'infirmière), avec les facultés de médecine (qui ont le contrôle de la formation post-doctorale) et avec le MSSS (qui contrôle le nombre de places en résidence et dans les établissements de santé). Par exemple, l'étude empirique a montré, dans le chapitre 4, que plusieurs de ces acteurs institutionnels ne connaissent pas le formulaire que doivent signer les médecins immigrants. Pourtant, ce formulaire contient des informations sur l'accès à la profession et sur la formation nécessaire pour la reconnaissance des compétences. Les facultés de médecine n'avaient pas connaissance de l'existence de ce document, même si elles considèrent que c'est une bonne source d'information et qu'ainsi les DHCEU savent à quoi s'attendre. Le CIQ, lui, considère que c'est une sorte de dédouanement par rapport à des difficultés anticipées pour les DHCEU, alors que les DHCEU l'ont signé parce qu'ils n'avaient pas le choix pour compléter leur dossier de sélection ou encore sans mesurer les conséquences de cette mise en garde.

Nous avons constaté que, si pour les acteurs institutionnels, les DHCEU ne sont pas sélectionnées pour exercer leur profession, mais pour leur potentiel à gagner leur vie, la perception de cette sélection par les immigrants est différente. En effet, ils considèrent qu'ils ont été choisis par le gouvernement du Québec. Le fait de totaliser le nombre de points nécessaires pour recevoir le CSQ leur donne l'impression d'avoir réussi une épreuve et donc d'être légitimement sélectionnés, selon un niveau d'études et une profession, sans compter les points obtenus par la connaissance du français quand c'est le cas. Bien-sûr, leur profession n'est pas sur la liste des domaines de formation et ils ont rempli la déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis. Le concept d'épreuve est utilisé ici au sens donné par Eymard-Duvernay et Remillon (2012, p. 109), c'est-à-dire une « sélection sur des critères de qualité », donc les points octroyés par le MIFI dans la grille de sélection, et une « situation dans laquelle opère le jugement et ses conséquences en termes de valorisation et de dévalorisation des personnes » qui implique le jugement du gouvernement du Québec qui valorise la candidature des immigrants en les sélectionnant. Cela fait intervenir aussi

« l'idée d'une situation dans laquelle les difficultés à surmonter sont accentuées. » (Eymard-Duvernay et Remillon, 2012, p. 111) Si la majorité d'entre eux a bien conscience que ce ne sera pas facile, ils pensent pouvoir traverser les épreuves et réussir à exercer leur profession.

Ce dernier résultat suggère une tension entre deux conventions de qualité qui s'opposent : celle des acteurs institutionnels et celle des immigrants DHCEU et IDHQ puisque, une fois que toutes les épreuves ont été réussies, les DHCEU et les IDHQ se sentent légitimes parce qu'ils ont été sélectionnés sur des critères comme la profession ou leur niveau d'études alors que pour les acteurs institutionnels ces critères déterminent leur employabilité (le potentiel à bien gagner sa vie).

Finalement, nous nous questionnons sur les épreuves et leurs impacts sur ces professionnels immigrants. En effet, si les DHCEU ne complètent pas le processus de reconnaissance des compétences, le choix de reconversion professionnelle pour atteindre un même niveau professionnel est particulièrement limité quand on possède uniquement un diplôme et une expérience de médecin. Également, nous nous demandons pourquoi c'est la seule profession qui est concernée par une mise en garde formelle par le MIFI sur les difficultés et les obligations de reconnaissance des compétences et un engagement de leur part à valider qu'ils en sont informés.

1.1.1. Discussion

Avec la grille de sélection et les éléments qui sous-tendent la liste des domaines de formation comme les données de la BDIM sur le revenu des immigrants, le MIFI définit les critères de sélection. Il n'évalue pas la qualité des compétences de l'individu qui est sélectionné, il évalue en quelque sorte la qualité des compétences d'immigration des individus ayant un potentiel à bien gagner leur vie. Il se donne les outils les plus performants possibles pour légitimer la sélection.

Le MIFI se défend d'être dans un « jugement de valeur ». Cependant, quand il sélectionne les DHCEU et les IDHQ, il juge du potentiel de ces derniers à bien gagner leur vie à l'aide d'outils et de critères de sélection : la grille de sélection et la liste des domaines de formation. Afin de sélectionner des immigrants qui répondent aux objectifs de la politique d'immigration du Québec, il se coordonne avec d'autres acteurs pour se doter de critères d'évaluation qu'il peut justifier (comme ne pas donner de point pour la profession de médecin car les statistiques montrent que ces derniers ont de la difficulté à exercer leur profession) dans le but de réduire la contrainte de répondre aux objectifs de la politique d'immigration du Québec et ses incertitudes sur l'employabilité des immigrants à travers une convention de qualité. Selon Eymard-Duvernay et Remillon (2012, p. 107) « [l]e jugement se traduit par une valorisation ou dévalorisation des personnes, soit l'attribution (ou non) d'emploi, la sélection dans l'emploi, et les risques d'exclusion pour ceux qui ne sont pas sélectionnés. » Quand le MIFI porte un « jugement » sur le potentiel de la personne immigrante à bien gagner sa vie à l'aide de la grille de sélection et de l'attribution de points selon des

caractéristiques individuelles (par exemple l'âge, une formation académique ou un diplôme), il attribue une « valeur » à la personne. Si cette personne cumule le nombre de points nécessaires, elle est sélectionnée. Sinon, elle est exclue du processus. L'IDHQ et le DHCEU ne savent pas qu'ils sont jugés sur le potentiel à bien gagner leur vie. Ils ne voient pas la convention derrière l'épreuve. C'est encore plus marqué pour les IDHQ qui, elles, ont non seulement des points pour leur niveau de diplôme, mais en plus pour leur profession qui est dans la liste des domaines de formation privilégiés. Elles sont convaincues d'être sélectionnées pour leurs compétences (formation et profession) et qu'elles seront automatiquement infirmières au Québec. Les immigrants ne voient que la réussite du processus, donc le résultat, c'est-à-dire qu'ils sont sélectionnés parce qu'ils ont les points nécessaires, ils sont donc valorisés.

L'analyse de la structure de coordination du processus d'immigration montre un défaut de coordination entre le MIFI et les immigrants DHCEU et IDHQ car deux conventions de qualité s'opposent. Le MIFI a déterminé des critères de sélection des immigrants lui permettant de s'assurer de sélectionner des personnes ayant un potentiel à bien gagner leur vie. Alors que pour les DHCEU et les IDHQ, ces critères les confortent dans la perception qu'ils ont été sélectionnés pour exercer leur profession, et ce, dans le cas des DHCEU, même s'ils sont prévenus qu'ils rencontreront des difficultés à être médecins au Québec.

La sélection opérée par le MIFI avec la grille de points est une épreuve au sens de Eymard-Duvernay puisqu'il s'agit d'un jugement à partir de « critères de qualité » (Eymard-Duvernay et Remillon, 2012, p. 109) qui mènent soit à l'exclusion des personnes du processus (les candidats à l'immigration ne sont pas retenus), soit à l'inclusion des immigrants dans le processus, ce qui les valorise et les incite à penser qu'ils pourront exercer leur profession au Québec.

1.2. Durant le processus de reconnaissance des compétences

Nos résultats démontrent que les processus de reconnaissance des DHCEU et des IDHQ sont différents, contrairement à la situation du processus d'immigration, car les acteurs et les épreuves ne sont pas les mêmes. Notre analyse se déclinera alors en deux parties.

1.2.1. Les épreuves du processus de reconnaissance des compétences des DHCEU

La particularité de la reconnaissance des compétences et des diplômes des DHCEU est qu'elle implique des acteurs institutionnels québécois et canadiens. En effet, alors que le contrôle de la formation et de la profession est de compétence provinciale, des acteurs de niveau fédéral font partie du processus de reconnaissance des compétences des DHCEU et sont incontournables.

Des tensions entre plusieurs conventions de qualité se dégagent de nos résultats.

D'abord, nous observons une convention de qualité du CMQ qui délivre l'équivalence du MD aux DHCEU qui ont réussi les épreuves (examens) du CMC/CNE et qui considère que les DHCEU sont compétents. Elle s'oppose à la convention de qualité des facultés de médecine qui jugent que les DHCEU ne sont pas suffisamment compétents et doivent faire la résidence.

Ensuite apparaît une convention de qualité de la formation canadienne : les individus qui ont obtenu leur diplôme MD au Québec et donc réussi le premier examen du CMC (EACMC1) peuvent commencer à exercer sous la supervision de médecins en établissement de santé dès la troisième année de formation. Elle est opposée à la convention de qualité de la formation acquise à l'étranger : les DHCEU qui ont obtenu l'équivalence du diplôme MD par le CMQ et donc réussi l'EACMC1 n'ont aucune chance d'exercer sous supervision dans le cadre de la voie de la reconnaissance du permis régulier, ils ne peuvent que faire des stages d'observation, qui n'ont aucune valeur pour les facultés dans l'évaluation des dossiers pour entrer en résidence.

Cela nous amène à nous questionner sur la légitimité perçue des individus formés au Canada vs celle des DHCEU.

L'accumulation de ces conventions contribuant à réduire les incertitudes des acteurs a pour conséquence un grand nombre d'évaluations avec des conventions différentes : trois examens pour obtenir l'équivalence du diplôme MD, le jumelage et ses critères d'exclusion pour entrer en faculté et l'examen final pour obtenir le certificat de spécialiste ou de généraliste. À cet égard, plusieurs constats se sont dégagés.

Premièrement, pour avancer et réussir le parcours, les immigrants doivent réussir chaque épreuve, l'une après l'autre, et il est impossible de sauter une étape.

Deuxièmement, s'il y a un échec, ils peuvent, sous certaines conditions, recommencer. Il y a néanmoins un nombre de tentatives autorisées pour les examens du CMC ou du jumelage. Une fois que la limite de tentatives autorisées est atteinte, c'est l'exclusion du parcours. C'est là que certains font le deuil de leur profession. Également, s'il y a échec, on peut changer de voie pour la reconnaissance des compétences, en reprenant une nouvelle série d'épreuves.

Troisièmement, les résultats montrent que les échecs et les réussites influencent le coût et la durée de la démarche de reconnaissance, sans compter que le risque d'exclusion du parcours est présent à chaque épreuve. Cela peut occasionner un sentiment d'injustice chez les DHCEU. Les échecs sont en effet dévalorisants pour des personnes qui étaient médecins dans leur pays d'origine et jugés compétents. Or, le jugement porté par les acteurs à travers les épreuves pèse sur les individus qui trouvent souvent les parcours trop longs, trop coûteux et remettant en question leurs compétences

comme médecin. Particulièrement, une exclusion du parcours est une dévalorisation des individus. Ils sont médecins, ils se considèrent compétents, mais les acteurs portent un jugement de valeur sur leurs compétences qui « ne s'exportent pas » (UdM). Le statut social, la reconnaissance professionnelle et celle des pairs sont perdus lorsqu'il y a exclusion du parcours. En effet, être préposé aux bénéficiaires est dévalorisant car ce métier ne demande pas le bagage académique et professionnel qu'ont les médecins. Une exclusion du parcours est une perte d'identité professionnelle, elle remet également en question « le potentiel à bien gagner sa vie. »

Quatrièmement, les DHCEU estiment contradictoires toutes les étapes du parcours alors qu'ils ont été sélectionnés comme médecins. Ils font montre d'une incompréhension quant au nombre d'examens et à la longueur des études auxquels ils sont assujettis. Le nombre d'acteurs impliqués dans la reconnaissance des compétences et les différentes conventions parfois en conflit expliquent la complexité du processus et les défauts de coordination institutionnelle durant le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des DHCEU puisqu'il n'y a pas de base de coordination de tous les acteurs.

Pour les acteurs, la complexité réside dans l'évaluation des connaissances académiques et professionnelles. On parle de l'évaluation des compétences acquises antérieurement à l'arrivée des DHCEU mais également de l'évaluation des compétences selon les standards nord-américains pour s'assurer de l'intégration dans la profession.

Pour les DHCEU, la complexité se trouve dans l'enchaînement d'épreuves qui se succèdent sans pouvoir sauter d'étapes. Ils se projettent et essaient d'anticiper les épreuves à venir en même temps qu'ils sont évalués sur leurs compétences acquises.

Cinquièmement, si les dimensions éthique et politique du jugement sont absentes, Eymard-Duvernay (2012b) nous dit que cela provoque de l'injustice et mène à l'exclusion. C'est ce que vivent les DHCEU qui, dans la voie du permis régulier de la reconnaissance de leurs compétences, ne réussissent pas à faire leur résidence et obtenir leur permis d'exercice. En effet, les conventions de qualité sont caractérisées par quatre paramètres : paramètre de **valeur**, paramètre **d'inégalité**, paramètre **d'ouverture** de l'épreuve et paramètre de la liberté de la personne évaluée et de **respect** de ses droits (Eymard-Duvernay, 2012a, p. 19-20). Ainsi, lorsque nous observons une tension entre les deux conventions de qualités du CMQ et des facultés de médecine, c'est parce que la **valeur** qui est attribuée à la compétence des DHCEU par le CMQ n'est pas la même que celle qui est attribuée par les facultés. Pour le CMQ, c'est la réussite des examens du CMC et de la CNE qui compte. Pour les facultés de médecine, les examens ne suffisent pas. Les DHCEU doivent refaire une résidence pour connaître les standards nord-américains, ce qui les rendra compétents pour exercer au Québec.

Également, la sélection opérée lors du jumelage CaRMS est *inégalitaire*. Il y a énormément de candidats et peu de places, mais surtout, seuls les DHCEU sont concernés par les critères d'exclusion d'éloignement de la pratique et de niveau de français.

Le paramètre d'ouverture de l'épreuve c'est la « chance d'interruption d'un processus déterministe d'exclusion. Mais elle n'est pas à sens unique : elle peut aussi placer les individus dans un contexte d'incertitude continue de leurs qualifications, déstabilisant leur 'identité professionnelle'. » (Eymard-Duvernay, 2012a, p. 20) Nos résultats montrent que les DHCEU peuvent, sous certaines conditions, reprendre leurs examens du CMC et de la CNE ou encore bénéficier du programme CÉDIS et refaire une tentative de jumelage avec une faculté de médecine ensuite. Ces épreuves sont donc *ouvertes*. Cependant, les échecs à répétition sont une difficulté à surmonter, la notion d'épreuve prenant ici tout son sens. Non seulement cela coûte cher et prend beaucoup de temps, donc allonge la durée du processus de reconnaissance, mais à force, les DHCEU risquent de vivre une dévalorisation de leur identité professionnelle de médecins compétents.

La sélection par les facultés de médecine opérée lors du jumelage CaRMS est l'épreuve dans laquelle le jugement porté sur la valeur donnée à la qualité des compétences des individus va conduire à exclure certains DHCEU du processus, et, *a fortiori*, de la profession de médecin. Les critères de niveau de français et d'éloignement de la pratique sont injustes et discriminatoires¹⁹⁹. L'éloignement provient de l'accumulation des épreuves précédentes qui ont pris plus ou moins de temps aux DHCEU en fonction de plusieurs facteurs (coûts, nombre de tentatives pour réussir les examens, conciliation travail-famille-études, etc.). Le niveau du test de français demandé est très élevé (860/990), sans possibilité d'une mise à niveau. Et comme le soulignent Eymard-Duvernay et Remillon (2012, p. 109), « l'épreuve polarise les situations, elle accroît les inégalités, ce qui permet de discriminer plus facilement que lorsque le problème est tel que tout le monde peut le résoudre. Il y a donc une dimension de violence dans l'épreuve et quelque chose d'artificiel : le montage de l'épreuve permet d'accentuer les inégalités. » C'est bien la perception des DHCEU que nous avons rencontrés qui ont dû faire le deuil de leur profession et ont partagé leur sentiment d'injustice, leur frustration et leur colère.

¹⁹⁹ Les résultats confirment ce qui a déjà été souligné par la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Archambault, D., Tanoviceanu, N.-D. et Ducharme, D. (2010). *Enquête de la propre initiative de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*. C. d. d. d. l. p. e. d. d. d. l. jeunesse. . Certaines épreuves sont discriminatoires. En effet, les critères d'éloignement de la pratique et de réussite du test de français international (TFI) conditionnant la sélection à l'entrée de la résidence, en plus d'être discriminatoires, ne sont pas clairement mentionnés au début du parcours de reconnaissance des compétences. C'est souvent une fois que le DHCEU fait sa demande CaRMS qu'il est informé de ces critères d'exclusion.

Selon la CDPDJ, « Discriminer, c'est traiter une personne différemment en raison de ses caractéristiques personnelles ET l'empêcher d'exercer ses droits. » <https://www.cdpedj.qc.ca/fr/vos-obligations/ce-qui-est-interdit/la-discrimination>

1.2.2. Les épreuves du processus de reconnaissance des compétences des IDHQ

Les résultats illustrés dans la Figure 26 indiquent que la structure de reconnaissance des compétences des IDHQ est beaucoup moins complexe que celle des DHCEU car beaucoup moins d'acteurs et un seul palier gouvernemental sont impliqués. Les informations concernant les procédures sont également plus faciles à trouver.

D'abord, le MIFI donne un avis d'expert sur la formation initiale des IDHQ. *L'évaluation comparative* est demandée par tous les ordres professionnels du Québec pour établir un comparatif avec les diplômes québécois, sauf par le CMQ. Nous avons vu que dans le processus des DHCEU, ce sont des épreuves (les examens) qui établissent les compétences des DHCEU afin d'obtenir une équivalence de diplôme délivrée par le CMQ. L'évaluation comparative n'est pas une équivalence, même si souvent on la considère ainsi. D'ailleurs, ce document s'appelait jusqu'en 2002 un *Avis d'équivalence*. Le MIFI s'appuie sur une base de données enrichie chaque année depuis 2002 pour établir le document.

Ensuite, on constate que l'OIIQ contrôle les connaissances (avec le référentiel de compétences), la formation (c'est lui élabore le contenu de l'AEC et les critères d'évaluation de stage) et la profession (il délivre le permis d'exercice). Nous avons observé à cette étape que deux conventions de qualité s'opposent entre l'OIIQ et les cégeps.

L'OIIQ prescrit une formation d'appoint ou un stage pour répondre à son incertitude sur la compétence de l'IDHQ par rapport aux normes et standards nord-américains, mais surtout au rôle de l'infirmière au Québec.

Les cégeps « sont obligés » d'accepter les IDHQ qui arrivent avec une prescription de l'OIIQ bien qu'ils ne soient pas toujours d'accord avec la décision de l'Ordre, notamment concernant la capacité des IDHQ à suivre les cours quand le français n'est pas suffisamment maîtrisé. Alors les cégeps dispensent la formation mais exercent un contrôle en sélectionnant les IDHQ sur leur connaissance du français avec des examens « maison » pour répondre à l'incertitude de la compétence linguistique. Également, les cégeps, en plus du contenu de la formation déterminé par l'OIIQ, ajoutent des ateliers parce que pour eux, être compétents c'est aussi connaître le système de santé, l'informatique et les différences culturelles. Enfin, et ce n'est pas la moindre des différences, les cégeps estiment la formation très exigeante et trop courte pour que les IDHQ soient véritablement formées aux normes nord-américaines et comprennent le rôle de l'infirmière qui est très autonome au Québec, ce qui n'est pas le cas ailleurs, notamment dans les pays des IDHQ rencontrés.

Nous avons constaté dans cette recherche qu'un nombre important d'IDHQ anglophones arrivées depuis 2016 éprouvent des difficultés dans le processus de reconnaissance des compétences. Nous n'avons pas pu vérifier auprès des IDHQ elles-mêmes puisque nous n'avons pas réussi à en rencontrer. Nous ne pouvons baser notre analyse que sur les informations partagées par les acteurs institutionnels. Leur faible niveau de français, voire leur méconnaissance de la langue a plusieurs conséquences. Premièrement, les IDHQ qui ne peuvent pas s'inscrire à l'AEC parce qu'elles échouent aux tests de français à l'entrée des cégeps vont être incitées à faire leur francisation avant de commencer leur parcours de reconnaissance. Elles peuvent ensuite revenir dans le processus, mais également décider de changer de métier ou de province. Deuxièmement, celles qui réussissent malgré un faible niveau de français vivent plusieurs échecs et doivent recommencer certains cours ou stages. Comme nous l'avons vu dans les statistiques de l'OIIQ, cela allonge considérablement le processus de reconnaissance des compétences professionnelles alors qu'elles sont reconnues compétentes pour la profession, mais pas dans la langue. Troisièmement, cela entraîne des conséquences pour leur intégration professionnelle car les milieux de travail sont réticents à les accueillir. C'est là aussi, comme pour les DHCEU, un parcours de valorisations et dévalorisations, dont l'issue n'est pas déterminée et qui peut mener à l'exclusion de la profession (l'IDHQ change d'emploi). Les IDHQ peuvent aussi changer de province pour tenter d'être infirmières ailleurs²⁰⁰.

Nos résultats ont montré que des blocages existants entre 2008 et 2018 ont également été identifiés et pris en compte par l'OIIQ qui a revu son processus d'évaluation des compétences des infirmières et ses outils en 2021. Outre les lourdeurs et délais occasionnés par la constitution du dossier, notamment s'agissant des documents à demander dans les pays d'origine, il y a la question de l'évaluation des compétences professionnelles. Au Québec, on distingue deux professions d'infirmières régies par deux ordres professionnels distincts : les infirmières et les infirmières auxiliaires. Un diplôme d'études professionnelles (DEP) et un examen ouvrent l'accès à la profession d'infirmière auxiliaire alors que pour obtenir un permis d'exercice d'infirmière, il faut détenir un diplôme d'études collégiales (DEC) ou un baccalauréat. Les actes autorisés par règlement sont différents, les rôles également. Ainsi, l'autoévaluation²⁰¹ que les IDHQ doivent remplir depuis 2021 avant de faire leur demande d'évaluation doit les aider à identifier si leur profession d'infirmière dans leur pays correspond plutôt, selon les critères québécois, à la profession d'infirmière ou à celle d'infirmière auxiliaire. En fonction des résultats de cette autoévaluation, les

²⁰⁰ Avoir le point de vue de ces IDHQ aurait certainement contribué à enrichir notre analyse.

²⁰¹ Pour en savoir plus sur les questions posées dans cette autoévaluation, voir la section Formulaire d'autoévaluation sur le site de l'OIIQ : <https://www.oiiq.org/formulaire-idhc>

IDHQ sont invitées à déposer leur demande de reconnaissance des compétences à l'OIIQ ou à l'OIIAQ. La responsabilité de l'évaluation et du choix de l'ordre auquel faire la demande est ainsi mise entre les mains de toutes les IDHQ. Ce sont donc ces dernières qui évaluent et jugent du niveau de leurs compétences de leur point de vue en répondant à des questions élaborées pour évaluer des compétences selon les normes québécoises.

L'OIIQ s'appuie sur la formation initiale et sur l'expérience professionnelle pour juger de la compétence des IDHQ par rapports aux attentes nord-américaines en termes de normes et standards de qualité. Il prend également en considération les actes que les infirmières peuvent poser au Québec, établis selon les règlements guidant chaque ordre professionnel au Québec. Ce sont les critères sur lesquels il s'appuie pour évaluer les compétences professionnelles des IDHQ, juger si elles ont les compétences suffisantes et adéquates pour exercer comme infirmières au Québec. L'OIIQ justifie sa décision, qu'il formule dans la prescription, à partir de ces critères. L'IDHQ est jugée en fonction de ses compétences professionnelles (formation initiale et expérience professionnelle) qui doivent « s'approche[r] du profil d'une nouvelle infirmière au Québec. » (OIIQ) Le jugement de l'OIIQ est réduit à sa dimension cognitive dans ce cas (on mesure ce qui existe).

Trois des répondantes sur les six à qui l'OIIQ a prescrit de suivre l'AEC ont fait aussi une demande à l'OIIAQ, c'était un plan B, donc ce n'était pas leur premier choix. Nos résultats ne nous permettent pas de tirer des conclusions claires quant aux liens entre la réussite immédiate de l'examen de l'OIIAQ par ces candidates, les échecs répétés à l'examen de l'OIIQ et le niveau de compétence attendu des deux ordres professionnels. En effet, l'une des IDHQ est infirmière, la deuxième est infirmière auxiliaire mais a fait un retour aux études et prépare un DEC en soins infirmiers et la troisième était préposée aux bénéficiaires en attendant de passer son examen pour la deuxième fois. Nous pouvons toutefois avancer que ne pas réussir à devenir infirmière est vécu comme une dévalorisation et une exclusion du groupe professionnel, c'est-à-dire de la profession d'infirmière. Donc les IDHQ à qui l'OIIQ prescrit l'AEC et qui doivent ensuite réussir leur examen font le maximum pour réussir à devenir infirmière au Québec, même si pour cela elles doivent faire des « sacrifices », refaire des modules de l'AEC, passer l'examen trois fois et quand ce n'est pas suffisant, reprendre des études de trois ans en soins infirmiers, tout cela pour ne pas être exclues de la profession.

Il existe depuis toujours, notamment entre les médecins et les infirmières, une sorte de « chasse gardée » par rapport aux actes que chaque professionnel peut poser et qui délimite en quelque sorte son territoire d'exercice. Nous avons constaté également une hiérarchie professionnelle, due aux types d'actes qui sont autorisés ou pas, mais également due à une sorte de prestige des professions. Si les personnes rencontrées nous ont parlé d'une équipe de travail regroupant les professionnels, il n'en reste pas moins que chacun doit rester à la place que son statut professionnel lui impose et se contenter de poser les actes autorisés. Ainsi, les médecins sont en haut de la pyramide, suivis par les infirmières praticiennes spécialisées, puis ce sont les infirmières cliniciennes, les infirmières techniciennes, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires. D'autres professionnels font partie de l'équipe médicale, mais nous n'avons pas relevé de tension avec les autres professions. Il y a une tension entre chaque convention de qualité de ces groupes professionnels. Ainsi, un médecin qui n'a pu passer au travers du processus de reconnaissance et qui retourne aux études pour exercer la profession d'infirmier perd son identité professionnelle et se sentira dévalorisé car même s'il cumule des compétences de médecin et d'infirmier, il sera jugé comme un infirmier débutant. La déqualification et l'exclusion du groupe professionnel sont encore plus mal vécues par un médecin qui travaille comme préposé au bénéficiaire, au plus bas de la hiérarchie professionnelle médicale. Ces personnes ont parfois espoir d'« améliorer [leur] position » (Eymard-Duvernay, 2012b, p. 20). Quand ce n'est pas le cas, c'est une exclusion définitive du groupe professionnel et la dévalorisation s'accompagne d'un sentiment d'échec. Ceci mène certaines personnes à retourner dans leur pays d'origine pour y retrouver leur légitimité professionnelle.

Nous avons vu dans le premier chapitre que l'intégration sociale des personnes immigrantes est un enjeu économique, politique et social. Selon nous, elle a aussi une dimension morale. Nos résultats démontrent que les conséquences de la déqualification professionnelle et de l'exclusion du groupe professionnel de ces personnes sont nombreuses. Faire le deuil d'une profession qui nous « habite », qui a demandé plusieurs années d'études et qui faisait partie d'un projet plus large d'immigration, est psychologiquement lourd. C'est aussi la perte d'un statut social. Ces personnes étaient médecin ou infirmière dans leur pays d'origine, au Québec elles ne sont « plus que » préposées aux bénéficiaires ou conseillères dans des organismes. Cette recherche montre que certaines personnes s'en accommodent très bien, mais pas toutes. D'ailleurs, plusieurs personnes ont réalisé ou partagé durant les entrevues qu'elles avaient toujours un petit espoir au fond d'elles de réussir un jour à exercer la profession qu'elles avaient avant d'arriver au Québec, notamment les DHCEU.

1.3. Durant le processus d'intégration professionnelle

Les processus de reconnaissance des DHCEU et des IDHQ sont différents, comme pour le processus de reconnaissance des compétences, car les acteurs et les épreuves ne sont pas les mêmes. Nous divisons donc notre analyse en deux parties.

1.3.1. Les épreuves du processus d'intégration professionnelle des DHCEU

Nos résultats, synthétisés dans la Figure 16, montrent que les facultés de médecine assujettissent les DHCEU à un processus de **sélection** pour s'assurer de leurs compétences, puis leur offrent les mises à niveau qu'elles jugent nécessaires avec, par exemple, des stages d'intégration. Une fois la résidence terminée, les examens réussis, le CMQ délivre le permis d'exercice. Le MSSS, à travers les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) détermine le nombre de places qui doivent être comblées par les nouveaux médecins. Plusieurs acteurs sont ainsi impliqués dans le processus d'intégration professionnel.

Nous avons déjà discuté du sentiment d'injustice rapporté par les DHCEU à cause du jugement porté sur leurs compétences lors du jumelage CaRMS par les facultés de médecine par l'utilisation de critères d'exclusion²⁰². Nous souhaitons ici revenir plus particulièrement sur le processus de sélection des facultés pour choisir, selon leurs propres termes (UL et UDM), « les meilleurs ».

En effet, les critères de sélection lors des jumelages ne sont pas les mêmes pour les DHCEU et les diplômés du Québec. Ainsi, la sélection se fait en deux temps : le jumelage CaRMS, puis les entrevues. Pour le jumelage CaRMS, nous avons déjà mentionné et discuté des critères d'exclusion (le résultat du test de français du TFI et l'éloignement de la pratique supérieure à quatre ans) qui sont discriminatoires et mènent à l'exclusion du parcours de reconnaissance des compétences.

Les facultés de médecine francophones se rencontrent pour évaluer les dossiers issus du jumelage et choisissent « les meilleurs ». Elles portent ici un jugement de valeur sur la qualité des candidats. Ensuite, tous ces candidats potentiels sont invités à passer une entrevue dans chacune des spécialités qu'ils ont demandées. Les DHCEU doivent, en plus, s'inscrire pour une séance d'ÉCOS (examen clinique objectif structuré). C'est une demande supplémentaire des facultés qui ont toujours des incertitudes sur les compétences et la qualité des candidatures des DHCEU. Sur le site du CaRMS on lit que c'est pour « compléter l'appréciation des habiletés cliniques des candidats DHCEU dans le contexte médical québécois francophone ». Les diplômés du Québec n'ont pas à s'inscrire aux ÉCOS.

²⁰² Voir le point 3.2.3 Légitimité et reconnaissance institutionnelle du chapitre 4.

Le jugement porté par les facultés lors de la sélection est « l'opération de jugement réduite à la mesure d'un critère quantitatif (ou de plusieurs critères fondus dans un critère synthétique), clivé des dimensions éthique (l'incommensurabilité résultant de la pluralité des valeurs est ainsi effacée) et politique (il n'y a pas de limite aux inégalités ; les droits des personnes évaluées sont occultés). Elles débouchent sur l'exclusion. » (Eymard-Duvernay, 2012b, p. 20). Nous avons montré dans le processus de reconnaissance des compétences que le jugement privé de ses dimensions éthique et politique est injuste. Dans le processus d'intégration professionnel, les critères d'évaluation et de sélection des DHCEU sont discriminatoires et injustes. Les facultés évaluent des compétences avec l'ECOS qui ont été évaluées auprès des diplômés québécois durant les deux dernières années du doctorat. Cependant, les DHCEU ont déjà reçu une équivalence de ce diplôme par le CMQ notamment parce qu'ils ont déjà réussi les examens (ECOS) qui attestent de leurs compétences pour recevoir cette équivalence.

Les universités, toujours selon leurs propres termes, « trichent un peu » (UL, Udm) en « boostant » (Udm) les notes des DHCEU et ciblent « les meilleur candidats » (UL, Udm, USH) DHCEU afin de leur réserver une place en médecine familiale « de façon à ce que quand arrive le deuxième tour et qu'on a des places de libres dans nos unités de médecine de famille, on ait eu déjà les meilleures candidatures. » (Udm) Elles font de la « discrimination positive pour qu'ils aient une chance d'être pris. » (UL)

Nos résultats indiquent que les DHCEU qui réussissent à traverser les épreuves et à entrer en résidence se sentent valorisés. Leurs parcours sont parsemés de réussites et d'échecs, de valorisation et de dévalorisation, mais ils ont finalement réussi. Eymard-Duvernay et Remillon (2012, p. 109) l'expriment ainsi :

Certains parcours d'épreuves sont marqués par des processus de valorisation cumulatives, débouchant sur une certaine stabilité et sécurité de la personne dans son identité professionnelle ; ou au contraire de processus de dévalorisations conduisant à l'exclusion. Mais aucun de ces processus n'est complètement déterminé : l'incertitude inhérente aux épreuves peut induire des tournants, pour le meilleur et pour le pire.

L'évaluation de la langue, de façon répétée dans chacun des trois parcours et les conséquences de l'échec de cette épreuve supplémentaire s'ajoute aux risques d'exclusion à chaque étape, même à l'étape ultime de l'obtention du permis d'exercice qui est conditionnée par la réussite de l'examen de l'OQLF.

Pour finir, la recherche a montré qu'une fois la légitimité professionnelle acquise par le biais de l'obtention du permis d'exercice régulier, la légitimité professionnelle n'est pas remise en question par les pairs, ni par les patients.

1.3.2. Les épreuves du processus d'intégration professionnelle des IDHQ

Les résultats de la recherche ont permis de dégager deux situations où des conventions de qualité s'opposent et entraînent des conséquences sur la reconnaissance des compétences et l'intégration professionnelle des IDHQ.

Premièrement, le débat sur le diplôme nécessaire pour accéder à la profession d'infirmière qui perdure au Québec depuis 2012. En effet, on peut accéder à la profession d'infirmière soit avec un DEC, donc une formation collégiale, soit avec un baccalauréat obtenu à l'université. L'enjeu est que le permis est le même, mais pas la formation, et donc les compétences sont différentes. Il y a par conséquent deux catégories d'infirmières, des infirmières techniciennes qui sont formées au cégep et des infirmières cliniciennes formées à l'université. Ces deux conventions de qualité (cégep vs université) s'opposent depuis plusieurs années et le débat a été relancé au début de l'année 2020 par l'OIIQ et mentionné lors des États généraux de 2021 qui énoncent que la norme d'accès à la profession, c'est de « faire du baccalauréat le diplôme donnant accès au permis de pratique comme infirmière ou infirmier. » Sans entrer dans les propositions et les débats qui animent les acteurs concernés, nos résultats nous autorisent à avancer l'hypothèse selon laquelle, si le baccalauréat devient le seul diplôme qui mène à la profession d'infirmière, c'est-à-dire le critère sur lequel va se baser l'OIIQ pour évaluer les compétences des IDHQ, celles à qui on prescrit l'attestation d'études collégiales (AEC) pour obtenir un permis d'exercice d'infirmière technicienne risquent d'être écartées du processus vers la profession d'infirmières puisqu'elles n'auront pas un niveau universitaire. L'avenir nous dira comment les acteurs de chaque convention de qualité des compétences vont se coordonner et dans quelle convention de compétences les IDHQ seront évaluées.

Deuxièmement, les IDHQ qui doivent prendre la voie collégiale (AEC) pour leur mise à niveau ont toutes été préposées aux bénéficiaires avant, pendant et même après le processus de reconnaissance de leurs compétences. C'est d'abord une façon de gagner rapidement leur vie en arrivant au Québec et pendant les démarches de reconnaissance. C'est ensuite un moyen de travailler dans le milieu de la santé et d'y prendre des repères. Les acteurs institutionnels les y encouragent fortement d'ailleurs, car selon eux cela leur permet de mieux connaître le milieu de la santé. Ainsi, une fois le permis d'exercice reçu, elles n'ont plus qu'à se concentrer sur l'apprentissage du rôle de l'infirmière. Finalement, du point de vue des acteurs, c'est une voie de transition très pertinente pour intégrer le milieu de la santé avant la reconnaissance des compétences et l'exercice de la profession d'infirmière, à tel point que des programmes spécifiques initiés et financés par le MSSS et ses partenaires ont été mis en œuvre dans la province. Cependant, il arrive qu'avec des échecs successifs aux examens et l'impossibilité d'exercer comme infirmière, les IDHQ restent proposées

aux bénéficiaires. Par conséquent, comme c'est le cas pour les DHCEU, elles vivent alors une déqualification professionnelle, une dévalorisation et une perte d'identité professionnelle. En effet, cette situation les place devant « l'incertitude continuelle de leurs qualifications » (Eymard-Duvernay, 2012a, p. 20) tant qu'elles ne réussissent pas l'examen de l'OIIQ. L'examen est une épreuve servant à juger les compétences des IDHQ et leur attribuer une valeur. Si l'examen est réussi, la personne se sent valorisée. Au contraire, des échecs successifs débouchent sur la dévalorisation des IDHQ menant à l'exclusion du groupe professionnel des infirmières. Leur objectif professionnel n'étant pas d'exercer comme préposée aux bénéficiaires et « les processus n'étant pas complètement déterminés » (Eymard-Duvernay et Remillon, 2012, p. 109), certaines choisissent de tenter de passer par d'autres épreuves comme de passer l'examen pour être infirmière auxiliaire ou de retourner aux études pour obtenir un diplôme d'études collégial en soins infirmiers (DEC). Comme pour les DHCEU, les réussites et les échecs, les valorisations et dévalorisations jalonnent les parcours des infirmières immigrantes.

L'analyse des résultats de la recherche a permis d'atteindre notre premier objectif de recherche en rendant compte de la complexité de la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ. Dans cette première partie, nous avons discuté de la nature des blocages et des tensions dans les processus de reconnaissance des compétences de ces professionnels formés à l'étranger et de l'absence de coordination entre les acteurs.

Ainsi, durant le processus d'immigration, nous avons mis de l'avant deux conventions opposées sur les critères de sélection : d'un côté le MIFI sélectionne les immigrants sur des critères garantissant leur employabilité (leur potentiel à bien gagner leur vie) alors que les immigrants considèrent qu'ils sont sélectionnés pour exercer leur profession. Durant le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU, ce sont deux conventions de qualité concernant les compétences qui s'opposent. Pour les DHCEU, il s'agit des facultés de médecine qui ajoutent des évaluations supplémentaires aux DHCEU lors de la sélection pour l'entrée en résidence alors que le CMQ a déjà reconnu leurs compétences en leur délivrant l'équivalence du diplôme MD. Dans le cas des IDHQ, ce sont les cégeps qui ne sont pas toujours en accord avec l'évaluation de l'OIIQ sur les compétences des IDHQ. Toutes les épreuves que doivent réussir les DHCEU et les IDHQ mises en œuvre par les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences pour les évaluer et les juger peuvent mener à l'exclusion du processus de reconnaissance et de leur groupe professionnel. Ces personnes vivent alors une dévalorisation professionnelle. Si les IDHQ peuvent relativement facilement revenir dans le processus, c'est beaucoup plus difficile pour les DHCEU.

Dans la deuxième section, nous analyserons et discuterons des impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants.

2. Impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ

Notre deuxième objectif de recherche était de présenter les impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ et leur intégration dans leurs professions respectives. Nous examinons plus précisément, à travers une ligne du temps, comment les points attribués aux grilles de sélection et aux domaines de formation façonnent les admissions des IDHQ et des DHCEU, les effets de l'Accord Québec-France et des ARM signés entre les deux gouvernements pour les deux professions étudiées sur le cheminement de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ ainsi que sur le statut d'emploi de ces travailleurs.

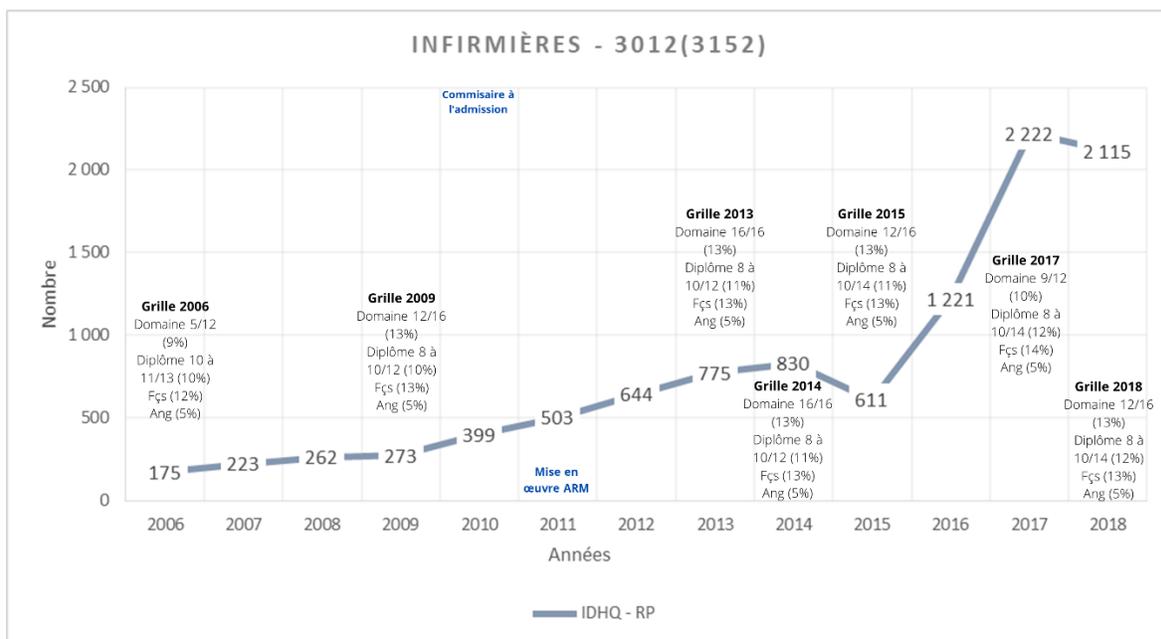
2.1. Impact des points attribués aux grilles de sélection et aux domaines de formation

Nos résultats concernant les DHCEU et les IDHQ sélectionnés par le Québec montrent une baisse des admissions des DHCEU et une hausse très importante des admissions IDHQ de sorte que nous pouvons conclure que les changements de pointages successifs dans les grilles de sélection ont eu un impact important sur ces admissions.

2.1.1. Impacts des grilles de sélection sur les admissions des IDHQ

Regardons d'abord les résultats des IDHQ sur la Figure 27 et la courbe des IDHQ admises depuis 2006 au Québec comme résidentes permanentes. Entre 1995 et 2005, 62 IDHQ ont été sélectionnées en moyenne chaque année (MIDI, 2013). Nous avons choisi de présenter les statistiques à partir de 2006 car, si l'on estime le traitement de la demande de résidence permanente entre deux et trois ans, les impacts de la grille de 2006 se sont fait sentir dès 2008, date de début de la période durant laquelle se situe notre recherche.

Figure 27: Impacts des grilles de sélection sur les IDHQ admises au Québec entre 2006 et 2018



Source : Synthèse de l'auteure à partir des données du MIFI (2021) et de l'analyse des grilles de sélection

Rappelons que, selon les listes et grilles transmises par le MIFI, la formation d'infirmière fait partie des domaines privilégiés depuis 2006. On constate dans la Figure 27 une hausse des admissions à partir de 2009 qui peut certainement être attribuée aux points octroyés au domaine de formation (5/12 maximum possibles) et au diplôme (10 à 11 selon que l'on a un diplôme de niveau DEC ou BAC, sur les 13 maximum possibles), ces deux critères pesant 19% des points totaux attribués pour être sélectionné par le Québec. Une bonne connaissance perçue du français et de l'anglais peut procurer 17% de points supplémentaires.

En 2009, le Gouvernement change les pointages, en fonction des besoins du marché du travail notamment. On peut donc supposer voir les effets dans la grille dès 2011 puisque, avec cette grille, c'est maintenant le domaine de formation qui donne le plus de points (12/16) et passe de 10% à 13% dans la grille, par rapport au diplôme (8 à 10/12) qui reste à 10%. La formation est ainsi plus importante avec la grille de 2009, elle s'élève à 23%, près du quart des points pour être sélectionné. Nous observons une hausse plutôt constante des admissions d'IDHQ qui est à 273 en 2009 jusqu'à un premier pic à 830 en 2014 suivi d'une chute en 2015 à 611, un niveau d'admissions inférieur à celui de 2012. Nous avons également constaté une baisse la même année du nombre d'immigrants reçus au Québec et plus particulièrement des travailleurs qualifiés (voir Figure 1) ainsi qu'une forte baisse des admissions des immigrants du secteur de la santé (voir Figure 2).

Ensuite, en 2016, le Québec admet 1221 IDHQ, soit trois fois plus qu'en 2015, et double quasiment le nombre d'admissions en 2018 (2222), c'est le deuxième pic de la Figure 27. En 2018, le nombre d'admissions d'IDHQ a entamé une légère baisse. Les grilles de 2013 et 2014 ont eu un impact majeur sur le nombre d'admissions des IDHQ à partir de 2016. Non seulement ce sont deux à quatre fois plus d'IDHQ qui ont été admises, mais en plus, deux pays d'origine sont la raison de cette hausse : les Philippines et l'Inde (Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration, 2021b). Selon le MIFI, si les IDHQ de ces deux pays ont été admises au Québec comme résidentes permanentes depuis 2016 en nombre aussi important, c'est parce qu'elles ne se qualifiaient pas pour la résidence permanente au Canada et que certains consultants ont tiré profit, pour ces IDHQ, des points des grilles de 2013 et 2014, voire de celle de 2015. En effet, le domaine de formation rapporte sur ces deux grilles le maximum des points possibles (16/16), soit 13% des points totaux. Le diplôme rapporte 8 à 10 points sur 12 dans les deux grilles, mais pèse 10% dans la grille de 2013 et 11% dans celle de 2014. La grille de 2015 a été modifiée et ne donne plus 12 points sur 16 au domaine et 8 à 12 points sur 14 pour le diplôme, mais ces deux critères pèsent 25% du total des points. La connaissance du français et de l'anglais ne change pas par rapport aux grilles précédentes. Par conséquent, même sans parler français et, nous avons vu dans nos résultats à quel point c'est pénalisant pour entrer au cégep et suivre l'AEC, des IDHQ ont été sélectionnées en très grand nombre par le Québec. Rencontrer des IDHQ des Philippines et de l'Inde, pour avoir leur point de vue et connaître leur parcours de reconnaissance des compétences, aurait éclairé notre analyse. Les effets se sont fait sentir ensuite auprès des cégeps francophones et du cégep anglophone. Le nombre d'inscription a chuté dans les cégeps francophones qui sont passés d'une situation où ils devaient gérer des listes d'attentes à des cohortes tout juste pleines depuis 2016-2017. Les demandes d'information et d'inscriptions au cégep anglophone ont augmenté en conséquence. Cependant, avec un niveau de français insuffisant, ces IDHQ doivent aller en francisation avant d'être admises au cégep, ou bien changent de province pour tenter leur chance dans une province anglophone. Il serait intéressant de connaître le nombre de demandes d'inscription en francisation de ces IDHQ.

En réaction à ces admissions massives, le MIFI a réagi et a changé la grille de sélection en 2017 puis en 2018. Le nombre de points attribués pour le domaine de formation a baissé (9/12), mais pas celui du diplôme (8 à 10/14) mais la pondération est descendue à 22% et le poids du français est passé de 13% à 14%. Puis sur la grille de 2018, le nombre de points attribués au domaine a encore baissé (6/12), le poids de la formation totale restant inchangé par rapport à la grille de 2017. On note toutefois une baisse du poids du français qui est revenu à 13%.

Les effets des changements dans ces deux grilles devraient se faire sentir en 2019-2020. Nous n'avons pas les statistiques du MIFI après 2018, mais l'analyse va sans doute être compliquée en raison de trois facteurs. D'abord, le gouvernement élu à la fin de 2018 avait pour objectif de baisser les seuils d'immigration au Québec et prévoyait d'accueillir une moyenne de 40 000 personnes en 2019, une baisse de 20% en comparaison avec les années précédentes (voir Figure 1), dont 18 000 à 20 000 travailleurs qualifiés, pour revenir aux niveaux de 2017 vers 2022. Ensuite, le gouvernement du Québec a mis en œuvre en 2018 un nouvel outil de sélection des immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés : ARRIMA et le système de Déclaration d'intérêt. Étape supplémentaire dans la sélection des résidents permanents, ARRIMA se veut un système plus rapide pour obtenir la résidence permanente au Québec. Ainsi, les candidats à l'immigration remplissent une déclaration d'intérêt dans laquelle ils signifient leur intérêt à venir s'installer au Québec. Si le profil de ces personnes correspond aux « besoins du marché du travail et au potentiel d'intégration des personnes immigrantes²⁰³ », alors le Ministère envoie une invitation à faire une demande de CSQ à ces candidats. Les invitations se font selon les critères établis par le MIFI. Le MIFI donne quelques informations sur son site concernant ces critères. On peut y lire que ce sont généralement des personnes qui ont une offre d'emploi validée souvent hors Montréal pour 2021. Il semble qu'en 2019 et 2020, plusieurs personnes déjà sur le territoire avaient déposé une DI et ont été invitées à faire une demande de CSQ. En 2021, à deux reprises, les infirmières étaient clairement identifiées dans la liste des personnes invitées²⁰⁴. Enfin, la pandémie de COVID19 a eu pour conséquence de limiter drastiquement le nombre de personnes admises au Québec entre 2020 et 2021.

Les grilles façonnent le portrait des immigrants admis au Québec, et donc les IDHQ. Il est difficile de dire pour les IDHQ si le gouvernement cherche toujours à sélectionner ces professionnelles à cause de l'anomalie de 2016 – 2018, mais on peut supposer que la baisse amorcée en 2014 se serait poursuivie. On aurait pu penser que la baisse d'IDHQ sélectionnées aurait été compensée par une hausse des émissions de permis de travail en raison des besoins importants d'infirmières de la province, mais ce n'est pas le cas. Les chiffres (voir Figure 29 p. 407) montrent au contraire que le nombre de permis émis a considérablement baissé depuis 2014, certainement à cause du gel des embauches du MSSS entre 2015 et 2017 dont nous ont parlé nos répondantes, un facteur aggravant de la pénurie de main-d'œuvre. Paradoxalement, la pandémie de COVID19 a montré à quel point le

²⁰³ MIFI. ARRIMA, votre accès aux services d'immigration en ligne. <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/informations/arrima/individus/programme-regulier-travailleurs-qualifies/invitations/index.html>

²⁰⁴ Ibid

système de santé était fragile et en manque de main-d'œuvre. Le Gouvernement du Québec a été obligé de rappeler des infirmières à la retraite et a prévu de recruter massivement²⁰⁵ des infirmières à l'étranger, notamment en France, en Belgique, au Liban et au Maghreb. On parle de 3500 infirmières qui seraient recrutées à l'étranger. Les problèmes de coordination entre les différents acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ observés dans cette recherche nous permettent de douter de la faisabilité d'un tel projet à court terme. En effet, nous avons montré que le MSSS, dans son rôle de recruteur, ne se coordonne pas avec les autres acteurs institutionnels. Il faudra collaborer avec le MIFI pour produire les évaluations comparatives des études effectuées hors Québec puis avec l'OIIQ pour l'établissement de la prescription, sans compter les délais d'obtention des permis de travail au niveau du gouvernement fédéral. Comment la province pourrait, en quelques semaines ou même quelques mois, recruter 3500 personnes dans les six pays mentionnés (France, Belgique, Liban, Tunisie, Maroc, Algérie), délivrer les CAQ et les évaluations comparatives (sauf pour les Françaises grâce aux ARM), puis les IDHQ recevoir leur permis temporaire, faire étudier leur dossier par l'OIIQ, obtenir un stage ou commencer une AEC et être opérationnelles ?

Les statistiques de l'OIIQ nous apprennent que l'OIIQ délivre annuellement depuis la période 2011-2012, 3500 permis d'exercice par an (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021b). Cela demanderait donc de doubler le nombre de dossiers à traiter en une année.

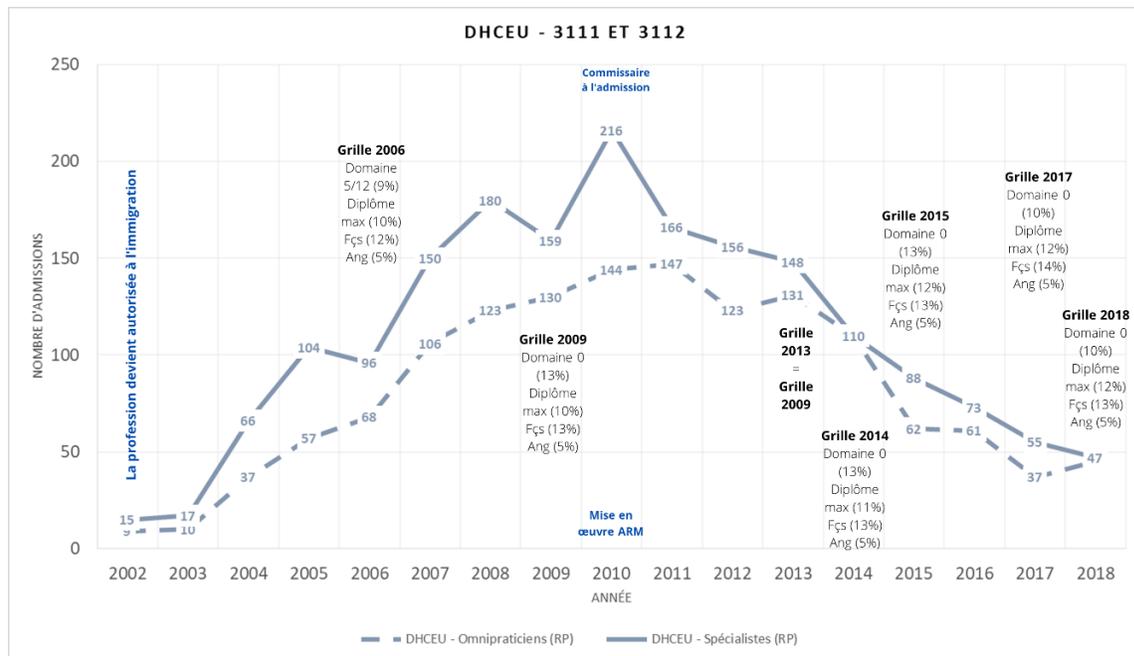
L'augmentation du nombre d'infirmières diplômées hors Québec ayant reçu un permis d'exercice, toutes origines confondues, a beaucoup augmenté durant les périodes 2018-2019 et 2019-2020, passant de 731 à 773 avec un pic en 2019-2020 à 889 (le nombre de permis délivré cette période-là est le plus élevé pour les diplômées du Québec également) (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021b). Nous pouvons émettre l'hypothèse que cela est le résultat de l'augmentation massive des admissions depuis 2015-2016. Si la proportion des IDHQ dans le nombre d'infirmières au Québec a plus que doublé depuis 2008 comme nous l'avons noté dans nos résultats, il est intéressant de constater que la proportion des IDHQ qui reçoivent un permis d'exercice parmi les nouvelles titulaires d'un permis est passé de 15% pour la période 2017-2018 à 22% pour la période 2020-2021. Cela montre l'importance de l'apport de l'immigration des IDHQ au Québec.

²⁰⁵ <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1831076/infirmieres-recrutement-quebec-france-liban-penurie> ; <https://www.ledevoir.com/societe/sante/640572/penurie-d-infirmieres-les-agences-privees-ecartees-du-recrutement-a-l-etranger> ; <https://www.ledevoir.com/societe/sante/641028/recrutement-a-l-etranger-le-chemin-de-croix-des-infirmieres-formees-a-l-etranger>

2.1.2. Impacts des grilles de sélection sur les admissions des DHCEU

La recherche s’est concentrée sur la période 2008-2018, mais pour comprendre les effets de la grille de sélection, nous partageons dans la Figure 28 les admissions des DHCEU depuis 2002, date à laquelle la profession de médecin devient admissible à l’immigration. Les statistiques communiquées par le MIFI (Ministère de l’Immigration de la Diversité et de l’Inclusion, 2014), et qui ne sont pas représentées ici, nous ont indiqué que de 1995 à 2001, ce sont entre 11 et 20 médecins, toutes spécialités confondues qui ont été admis au Québec. Nous avons des informations complètes sur les pointages par profession à partir de la grille de 2006, nous pouvons donc analyser les résultats depuis l’émission de cette grille de sélection.

Figure 28: Impacts des grilles de sélection sur les DHCEU admis au Québec entre 2002 et 2018



Source : Synthèse de l’auteure à partir des données du MIFI (2021) et de l’analyse des grilles de sélection

Les résultats montrent que la décision du gouvernement d’autoriser la profession de médecin à l’immigration a eu pour effet une hausse importante des admissions de DHCEU dès 2004. C’est en 2004 que le formulaire destiné aux DHCEU est ajouté aux dossiers de demandes d’immigration. Avec la grille de 2006, les DHCEU obtenaient le maximum des points au diplôme, ce qui représentait 10% des points totaux et 5/12 pour le domaine de formation qui pèse 9% de la note finale. Les admissions de DHCEU ont continué à augmenter jusqu’en 2010, avec des DHCEU sélectionnés sur cette grille de 2006.

Comme nous l'a mentionné le MIFI, les grilles et les listes de domaines de formations privilégiés sont élaborées à partir des données de la BDIM de Statistique Canada, de l'Enquête *Relance* du MEES et de *l'État d'équilibre du marché du travail* du MTESS. La grille de 2009 a apporté un changement majeur. Les médecins ne reçoivent plus de points pour le domaine de formation qui pèse désormais 13% de la note globale. Même si la moitié de nos répondants venus avec le PRTQ ont été sélectionnés sur la grille de 2009, ils n'ont été admis qu'entre 2014 et 2017. On constate sur la Figure 28 qu'après un pic d'admissions de 360 DHCEU toutes spécialités confondues admis en 2010, le nombre d'admissions n'a cessé de baisser pour atteindre en 2017 et 2018 92 admissions de DHCEU médecins et spécialistes, des niveaux inférieurs à ceux de 2004, les grilles successives de 2013 à 2018 n'octroyant toujours pas de points au domaine de formation. Nos répondants ont été admis au Québec pendant la baisse des admissions.

Dans les grilles de 2014 et 2015, le poids du diplôme a été augmenté et est passé de 10% (2009 et 2013) à 11% en 2014 puis 12% en 2015. Comme le doctorat de médecine donne le maximum des points aux DHCEU, il serait intéressant de regarder les admissions des années subséquentes, mais nous supposons que ce sera difficile à analyser avec des seuils d'immigration prévus à la baisse entre 2019 et 2022 et la pandémie de COVID19 qui a ralenti le traitement des dossiers et le nombre d'admissions sur le territoire entre 2020 et 2021.

Si l'on compare la grille d'admission des résidents permanents entre 2006 et 2019 (Figure 1), on constate que si le nombre d'admissions de résidents permanents, et spécifiquement de travailleurs qualifiés, a atteint un pic en 2010 et en 2012, cela ne se reflète pas dans les admissions des DHCEU. Les admissions de DHCEU n'ont pas suivi la même courbe et n'ont cessé de diminuer depuis 2010. Nous pensons que les grilles de sélection ont un impact sur la sélection des DHCEU au Québec qui fait en sorte que la province reçoit de moins en moins de DHCEU et confirme une sélection utilitariste des immigrants qui ont « le potentiel à bien gagner leur vie ». Nos résultats montrent à quel point il est difficile pour les DHCEU de passer à travers le processus de reconnaissance des compétences, ce dont le Gouvernement a conscience, le nombre de DHCEU exclus du parcours de reconnaissance augmentant chaque année (on le constate dans le nombre de DHCEU non jumelés lors du processus CaRMS qui augmente chaque année).

Le gouvernement n'encourage pas les DHCEU à immigrer au Québec. Il a d'ailleurs mis à jour en 2018 puis en 2021²⁰⁶ le formulaire destiné au DHCEU avec toutes les mises en gardes que l'on connaît concernant les difficultés de reconnaissance des compétences et d'exercer sa profession de médecin au Québec.

Comme nous allons le voir dans les sections suivantes, à l'instar des IDHQ, le nombre de permis de travail, donc le recrutement international, n'a pas augmenté alors que les admissions de DHCEU résidents permanents diminue, même pour les DHCEU français qui viennent avec l'ARM.

2.1.3. Discussion

L'analyse de l'impact des grilles de sélection sur la reconnaissance des compétences des IDHQ et des DHCEU pose la question de savoir si la grille est le bon outil de politique publique pour sélectionner les immigrants. En effet, plusieurs auteurs (Bégin et Renaud, 2012; Boudarbat et Grenier, 2014; Boulet, 2013; Godin et Pinsonneault, 2004; Parant, 2001; Renaud et Cayn, 2006; Slaoui, 2008; Tremblay, 2005) ont étudié les effets de la grille de sélection du Québec sur la réussite de l'intégration professionnelle des immigrants sélectionnés et les impacts des changements de la grille de sélection. Ces recherches ont montré que les nombreux changements reflètent « le fait que les immigrants ne s'intègrent pas toujours aussi bien qu'on le voudrait et qu'on cherche à modifier les règles d'entrée de façon à être plus efficace. On cherche donc régulièrement à s'ajuster » (Boudarbat et Grenier, 2014, p. 11). Le MIFI utilise des critères quantitatifs, les points de la grille et des domaines de formation, pour s'ajuster en fonction des besoins de main-d'œuvre du Québec, mais également en fonction des personnes qui sont finalement sélectionnées. Comme l'a montré la courbe d'admission des IDHQ en 2016 et 2017 et selon les explications du MIFI, les critères de la grille utilisée ont fait en sorte que ce ne sont pas les IDHQ au profil attendu qui ont été sélectionnées car elles ne répondent pas aux objectifs de l'immigration économique du Québec qui cherche à sélectionner des personnes francophones, qui peuvent répondre aux besoins du marché du travail et qui ont le potentiel de bien gagner leur vie. Les Indiennes et Philippines sélectionnées ne parlent pas suffisamment français pour intégrer non seulement la formation d'appoint au cégep mais également le marché du travail comme préposées aux bénéficiaires par exemple. De plus, elles auraient une forte propension à quitter la province. Selon Eymard-Duvernay (2012a, p. 9), « [l]a qualité est conventionnellement construite par les épreuves d'évaluation. Avant les épreuves, les acteurs sont dans un contexte de rationalité limitée et d'incertitude radicale. Les épreuves rendent

²⁰⁶ La dernière version du formulaire (2021) est disponible en ligne sur le site du MIFI : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/formulaires/fr/immigrer-affaires/Declaration_medecin_A0527KF.pdf

objectives, mesurables, comparables entre elles les qualités, en un mot, les établissent. » Ainsi, la qualité des compétences des IDHQ et des DHCEU est construite en partie par la grille de sélection qui est l'épreuve d'évaluation mise en place par le MIFI. Les points attribués aux critères d'évaluation établissent les qualités des compétences des immigrants.

Également, nos résultats montrent que deux conventions s'affrontent dans la grille de sélection. D'un côté, le MIFI détermine les pointages et les critères sur des caractéristiques individuelles lui permettant de sélectionner des IDHQ et des DHCEU ayant le potentiel de bien gagner leur vie. D'un autre côté, la grille de sélection doit servir les objectifs de la politique d'immigration, c'est-à-dire répondre aux besoins de main d'œuvre, assurer la pérennité du français et contribuer au poids démographique du Québec au Canada. Cependant, on constate par exemple que si les IDHQ indiennes et philippines admises en grand nombre selon des caractéristiques individuelles leur garantissant le potentiel à bien gagner leur vie, elles ne répondent pas aux objectifs d'immigration du Québec si elles quittent la province.

Dans la deuxième section de cette partie concernant les impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ, nous nous intéressons plus spécifiquement aux arrangements de reconnaissance mutuelle signés dans le cadre de l'Entente Québec-France.

2.2. Impact de l'Accord Québec-France et des Arrangements de reconnaissance mutuelle concernant les médecins et les infirmières français

En 2008, le Gouvernement du Québec et le Gouvernement français ont signé l'Accord France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles. Cet accord prévoit une « procédure commune de reconnaissance des qualifications professionnelles visant à faciliter et à accélérer l'obtention d'une aptitude légale d'exercer une profession ou un métier réglementé sur les deux territoires.²⁰⁷ » Dans le cadre de cette entente, plusieurs arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) ont été signés, dont un pour les infirmières et un pour les médecins.

Les deux gouvernements se sont coordonnés afin de réduire leurs incertitudes respectives sur les compétences des médecins et des infirmières des deux pays. Ils se sont mis d'accord pour

²⁰⁷ MIFI. Entente France-Québec sur la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles.
<http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/biq/paris/entente-france-quebec/index.html>

reconnaitre un certain nombre d'éléments et sur des mesures compensatoires (formations, stages, etc.) que chaque médecin ou infirmière devra réaliser pour pouvoir exercer sa profession en France ou au Québec.

Nous avons mentionné les ARM dans chacune des figures représentant la structure de reconnaissance des compétences des IDHQ et des DHCEU (Figure 16 et Figure 26) ainsi que les acteurs concernés.

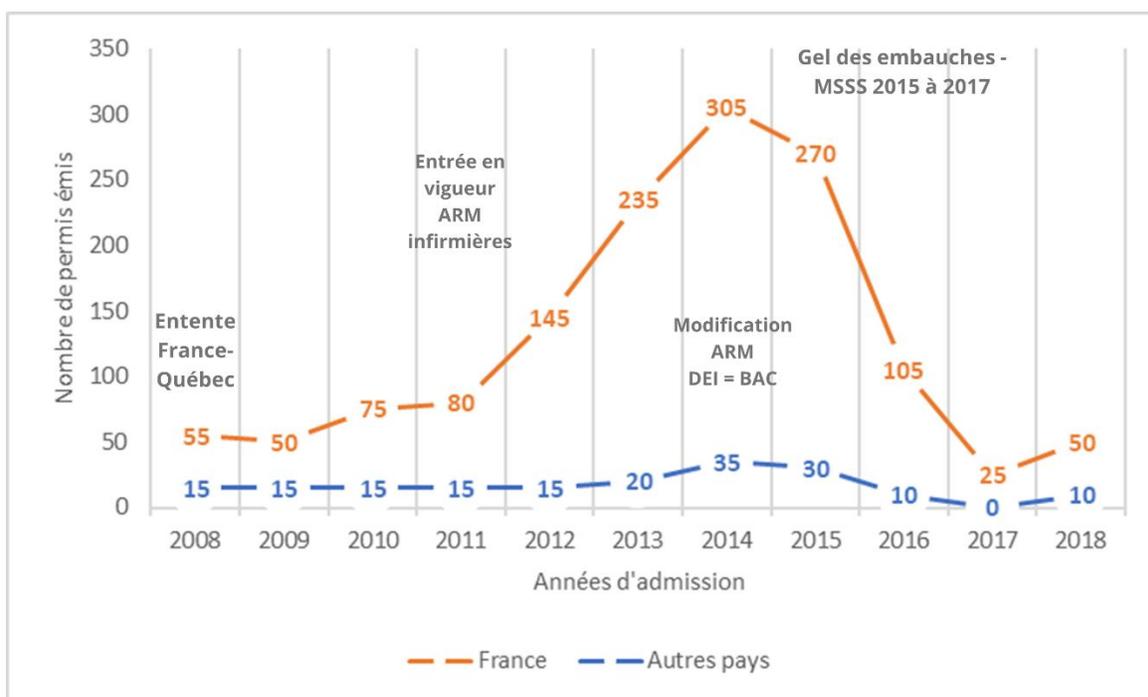
Concernant les IDHQ et le DHEU, nos résultats montrent qu'il n'y a pas de tension entre plusieurs conventions de qualité comme dans le processus de ceux qui passent les étapes du processus du permis régulier. Les acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences se sont mis d'accord avec un ARM dans le cadre de l'Entente France-Québec (signé par le premier ministre du Québec et le président de la République française) sur les critères de reconnaissance et ceux de mise à niveau avec les mesures compensatoires.

2.2.1. Impacts des ARM pour les IDHQ

Pour les infirmières, l'ARM a été négocié entre l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, l'Ordre national des infirmiers de France et le ministre de la Santé et des Sports de France. Pour les IDHQ, selon certaines conditions, la mesure compensatoire réside dans la réussite d'un stage de 75 jours à réaliser dans un établissement de santé qui mène directement à l'obtention du permis d'exercice de l'OIIQ.

Nous avons vu dans la Figure 23 que le nombre de permis de travail émis à des IDHQ françaises est beaucoup plus important que pour les IDHQ d'autres nationalités. Nous croisons dans la Figure 29 nos résultats de recherche.

Figure 29: IDHQ et ARM



Source : Synthèse de l'auteure à partir des données du MIFI (2021)

Nos résultats nous permettent d'avancer que les ARM ont eu un impact majeur sur l'émission de permis de travail temporaires aux IDHQ françaises. Ils sont plus nombreux que pour les autres nationalités et on constate dans la Figure 29 que le nombre de permis émis pour des Françaises a augmenté à partir de l'entrée en vigueur de l'ARM. Le nombre de permis est passé de 80 en 2011 à 305 en 2014. De plus, en 2014, la modification portée à l'ARM sur la reconnaissance de l'équivalence du diplôme français comme un bac québécois fait en sorte qu'elles sont reconnues cliniciennes tout de suite. Puis, leur nombre baisse à partir de 2015. Nos résultats nous permettent de supposer que le gel des embauches décrété entre 2015 et 2017 a eu pour conséquence la baisse du nombre des permis émis, que l'on constate également pour les autres nationalités.

Pour certaines de nos répondantes, venir avec un ARM était la stratégie pour arriver plus rapidement, mais en passant par le processus de résidence permanente.

Nos résultats suggèrent que l'effet combiné des grilles de sélection depuis 2009, de l'entrée en vigueur de l'ARM et un contrat signé a un impact positif pour les IDHQ françaises sur la durée et la facilité du processus de reconnaissance des compétences. Elles apportent le plus de points pondérés dans le dossier de sélection et sont donc requérantes principales ; leur dossier est traité rapidement car elles sont infirmières, une profession en demande ; le processus de reconnaissance des compétences est limité à un stage de 75 jours avant d'avoir leur permis d'exercice de l'OIIQ. C'est

le parcours de Manon : sélectionnée sur la grille de 2009, elle est arrivée en 2012, a bénéficié de l'ARM, elle a marqué sur ses enveloppes « infirmière ». Ses démarches d'immigration en famille (mariée, 3 enfants) ont duré 9 mois et son stage 75 jours.

Si les ARM signés entre le Québec et la France ont fait la preuve que lorsque les acteurs institutionnels s'accordent sur les critères de reconnaissance des compétences des immigrants, cela facilite grandement le processus de reconnaissance, il reste la question du statut d'emploi de ces IDHQ. En effet, pour les IDHQ qui viennent avec un ARM et comme résidente permanente, le processus de reconnaissance des compétences est rapide (75 jours), elles ont généralement une offre d'emploi ou en trouvent un assez rapidement en arrivant et elles peuvent faire leur stage de 75 jours dans l'établissement qui les embauche. De plus, une fois en emploi, leur expérience professionnelle antérieure est reconnue pour calculer leur échelon et donc leurs salaires. Cela peut néanmoins varier d'un établissement à l'autre cependant.

Par ailleurs, les résultats montrent que les acteurs de la reconnaissance des compétences et les IDHQ françaises n'ont pas du tout la même perception des avantages de l'ARM. Pour les Françaises, c'est une stratégie pour arriver plus vite au Québec avec souvent un permis de travail temporaire accompagné d'une reconnaissance rapide et acceptable. Elles sont dans un processus d'adaptation aux conditions de travail québécoises plutôt que dans un processus de reconnaissance des compétences qui a été validé par l'ARM en amont. Pour les acteurs, comme l'OIIQ, les cégeps ou les établissements de santé, il semble que cette voie rapide de reconnaissance ne soit pas totalement satisfaisante selon leur conception des compétences effectives des IDHQ.

Pour les IDHQ qui viennent dans le cadre de l'ARM avec un permis de travail temporaire, la situation est différente. En effet, leur permis de travail temporaire est attaché au contrat de travail avec l'établissement qui les embauche. Elles sont donc liées à cet établissement durant toute la durée du permis de travail, soit un à trois ans, selon les situations que nous avons rencontrées. Si à l'expiration du permis de travail elles veulent changer d'établissement, il faut recommencer les démarches d'immigration temporaires avec un autre établissement de santé. Ou alors commencer les démarches d'immigration permanente, avec toute l'incertitude liée au processus. Les délais de traitement d'une demande de résidence permanente, surtout depuis 2018 et les nouveaux seuils d'immigration décrétés par le gouvernement provincial ainsi que les changements au Programme de l'expérience québécoise (PEQ), sans compter les délais de traitement de dossiers au fédéral, font en sorte que ces IDHQ ont un statut d'emploi précaire et dépendant de l'employeur. Elles ne peuvent

exercer que dans le cadre strict de leur contrat de travail et n'ont pas la possibilité de changer d'employeur tant que la date limite du permis de travail n'est pas échue.

2.2.2. Impacts des ARM pour les DHCEU

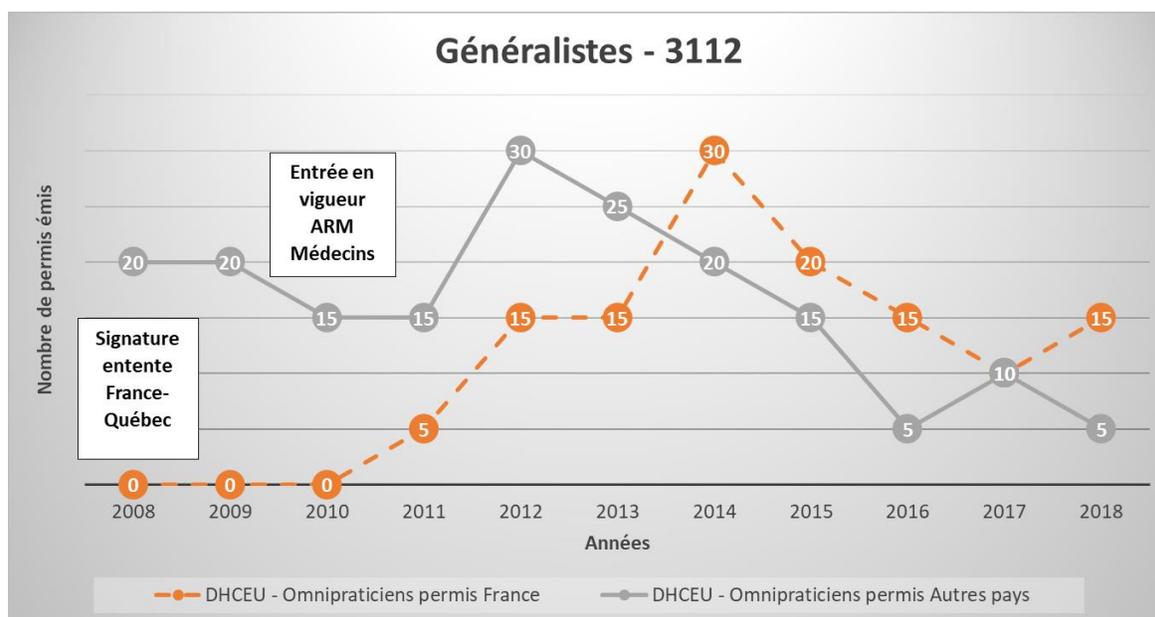
Pour les DHCEU (spécialistes et généralistes), l'ARM a été négocié entre le Collège des médecins du Québec, le Conseil national de l'Ordre des médecins de France et le ministre de la Santé et des sports de France. Pour les DHCEU, selon certaines conditions, la mesure compensatoire est la réussite d'un stage de trois mois pour obtenir un permis d'exercice du CMQ. En fonction du statut migratoire du médecin, il obtiendra un permis d'exercice régulier ou restrictif.

Pour l'analyse des résultats des DHCEU, nous avons choisi de séparer les graphiques par spécialités car la lecture est plus facile ainsi.

Sur la Figure 30, on constate que le nombre d'émission de permis de travail temporaires à des DHCEU généralistes, donc qui viennent par le biais du recrutement international, se situe entre 25 et 50 par année. Leur nombre est passé de 25 en 2008 à 15 en 2010, puis a triplé en quatre ans pour atteindre 50 en 2014. Depuis, il est en baisse, stagnant à 20 en 2017 et 2018. Si l'on s'attarde spécifiquement aux DHCEU généralistes français, on constate qu'aucun permis n'a été émis entre 2008 et 2010. Les premiers le sont en 2011, année de l'entrée en vigueur de l'ARM. Le nombre de permis émis à des DHCEU généralistes français n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2014, date à laquelle il a entamé une baisse jusqu'en 2017 et semble repartir à la hausse en 2018. L'ARM semble donc avoir eu un effet sur le nombre de généralistes recrutés au Québec. Cependant, nous constatons également une baisse du nombre de permis émis pour les DHCEU généralistes des autres pays, et ce, depuis 2012 qui ne sont que 5 en 2018, bien en-dessous de la moyenne des permis émis entre 2008 et 2018 pour tous les généralistes (29) et de celle des généralistes des pays autres que la France (16).

Si les IDHQ françaises ont reçu la quasi-totalité des permis émis entre 2008 et 2018, ce n'est pas le cas des DHCEU généralistes français puisque 61% des permis ont été émis à des ressortissants d'autres pays que la France.

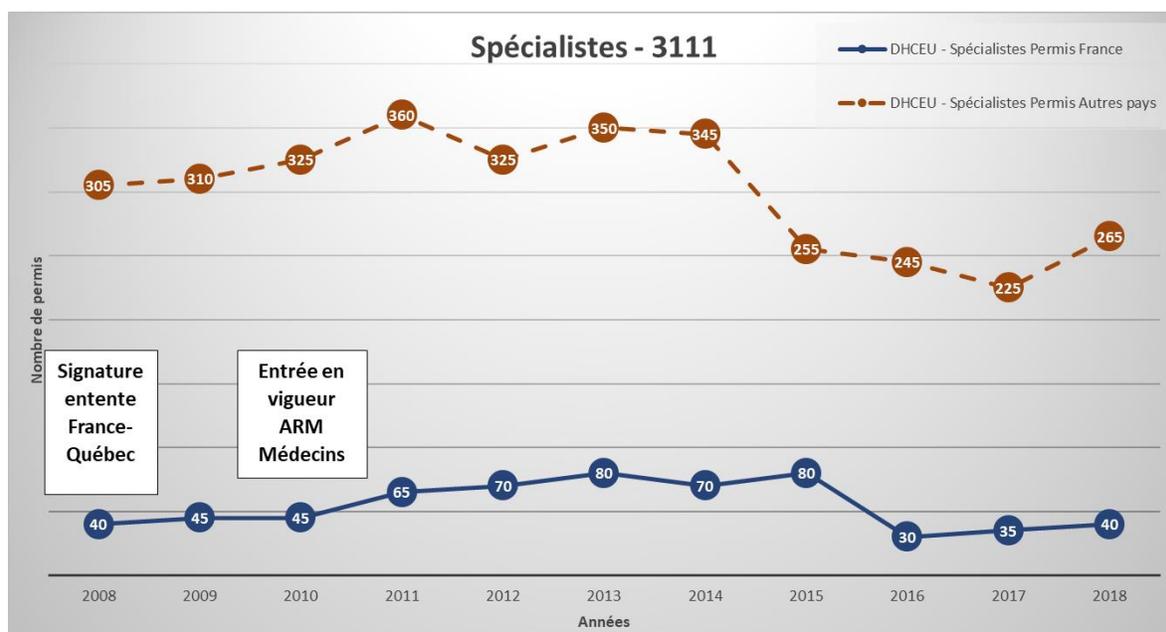
Figure 30: DHCEU généralistes et ARM



Source : Synthèse de l'auteure à partir des données du MIFI (2021)

Concernant les DHCEU spécialistes, la Figure 31 montre que le nombre de permis émis est 10 fois plus important que pour les généralistes. Nous rappelons que l'on parle de nombre de permis émis chaque année et pas du nombre de personnes ayant reçu un permis. Nous pouvons tout de même conclure que les établissements de santé recrutent beaucoup plus de spécialistes que de généralistes à l'international. Nous constatons également que le nombre de permis émis tous pays confondus fluctue moins que celui des généralistes. On est passé de 345 permis en 2008 à 430 en 2013, puis à 260 en 2017, et leur nombre a de nouveau augmenté en 2018 avec 305 permis émis, une légère baisse en 10 ans. Cela donne une moyenne de 355 permis chaque année. Si l'on isole le nombre de permis émis à des Français qui bénéficient de l'ARM, nous faisons deux constats. Le premier est que l'entrée en vigueur de l'ARM n'a pas été le déclencheur d'une augmentation notable des permis émis depuis 2011. De 65 permis en 2011, on est passé à 80 en 2013 et 2015, puis c'est une chute des émissions à 30 permis en 2016, le nombre remonte légèrement en 2018 à 40. Le deuxième est que le nombre de permis émis aux spécialistes français ne représente que 15% de tous les permis émis aux DHCEU spécialistes entre 2008 et 2018 et l'ARM n'a pas fait une différence dans ce rapport avec les autres pays. On ne peut donc pas conclure que l'ARM a eu un effet notable sur l'émission de permis de travail temporaires pour les DHCEU spécialistes français.

Figure 31: DHCEU spécialistes et ARM



Source : Synthèse de l'auteure à partir des données du MIFI (2021)

En comparant le nombre de permis émis pour les Français dans la Figure 30 et la Figure 31, nous constatons que le nombre de permis émis aux spécialistes est deux fois plus important que celui des généralistes.

Les résultats obtenus ne nous autorisent pas à tirer de conclusions concernant l'effet des ARM pour les DHCEU français résidents permanents. N'ayant rencontré qu'un seul DHCEU spécialiste français arrivé au Québec en 2017 avec l'ARM et un permis de travail temporaire, il nous est difficile de généraliser. Toutefois, les acteurs institutionnels rencontrés, selon leur implication dans le processus de reconnaissance des compétences, ne pensent pas que les ARM soient une panacée. Les facultés déclarent que même les Français avaient besoin d'une mise à niveau pour la compréhension des normes et standards nord-américains, mise à niveau qui n'est pas forcément suffisante selon eux avec le stage de 3 mois.

Thomas, lui, a décidé de venir au Québec parce que c'était une voie rapide pour la reconnaissance des compétences et parce que selon lui, il avait plus de chance pour la résidence permanente avec le PEQ. Il ne serait jamais venu sans ARM, ni par le biais du PRTQ à cause des grilles de sélection.

Il est tout de même surprenant qu'il n'y ait pas plus de recrutement de DHCEU français pour qui l'ARM permet de passer à travers le processus de reconnaissance des compétences en trois mois pour obtenir un permis restrictif du CMQ. On peut se questionner sur le fait que ce sont les DHCEU

spécialistes des pays du Golfe et ceux des États-Unis qui reçoivent le plus de permis de travail. Il n'y a pas à notre connaissance d'accords intergouvernementaux avec ces pays sur la reconnaissance des compétences de ces professionnels qui, rappelons-le, doivent tout de même réussir l'EACMC1, le stage de 3 mois et l'examen de français de l'OQLF pour passer au travers du processus de reconnaissance des compétences, ce qui est plus long que pour les Français.

Est-ce que les systèmes d'enseignement de ces pays sont équivalents à celui du Québec et du Canada ? L'examen EACMC1 peut être passé en anglais, est-ce plus facile pour ces DHCEU ? Enfin, il serait intéressant de connaître leur taux de réussite à l'examen de l'OQLF et donc de la durée de leur séjour au Québec.

Les statistiques du CMQ²⁰⁸ nous donnent quelques éléments de réponse et de réflexion. Le CMQ a délivré, pour les périodes de 2016-2017 à 2021, 254 permis restrictifs pour 336 demandes (183 à des spécialistes, 71 à des généralistes). Les délivrances de permis restrictifs sont en hausse depuis 2016 (38 en 2016, 73 en 2020). Ce sont les Français qui ont fait le plus de demandes (147 sur 336). Le CMQ nous apprend également que les DHCEU ayant détenu une carte de stages de plus de cinq périodes entre 2016 et 2020 viennent majoritairement d'Arabie Saoudite (267), de France (170), du Brésil (53) alors qu'ils sont 1387 en tout.

Nous ne pouvons cependant pas faire de liens entre les demandes de permis restrictifs, le nombre de permis restrictifs octroyés et le nombre de permis de travail temporaires délivrés.

Pour finir cette section, nous aurions voulu parler du statut d'emploi des DHCEU temporaires. Cependant, nos résultats ne nous permettent pas de tirer des conclusions à ce sujet, notamment concernant les DHCEU français venus avec un ARM. Nous n'avons rencontré qu'une seule personne dans cette situation. Nous savons cependant que, comme les IDHQ françaises recrutées avec un permis de travail temporaire lié à un contrat avec un établissement, les DHCEU sont dépendants de ce contrat et du permis qui lui est rattaché. Nous pensons néanmoins qu'il serait pertinent dans des recherches ultérieures de s'attarder sur le statut d'emploi de ces immigrants.

3. Le rôle du MSSS dans les trois processus

Notre dernier objectif de recherche concerne le rôle du MSSS dans le processus de reconnaissance des compétences de DHCEU et des IDHQ. En effet, le MSSS est un acteur important dans le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des DHCEU et des IDHQ puisque

²⁰⁸ Collège de médecins du Québec. Statistiques sur les DIM. Répartition au 31 décembre 2020.
<http://www.cmq.org/page/fr/statistiques-dim.aspx>

c'est lui qui détermine le nombre de places affectées à la formation des futurs médecins au Québec et qui établit la planification des effectifs médicaux, les PREM, tel que nous l'avons abordé dans cette recherche. La situation n'est pas tout à fait la même pour les infirmières pour lesquelles il n'y a pas de planification de places dans les cégeps ou les universités, mais 85% des infirmières travaillent dans le Réseau de la Santé et des Services sociaux du Québec (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021b), donc pour le MSSS.

Nous analysons ainsi le rôle du MSSS auprès des médecins et des infirmières au Québec, et spécifiquement des médecins et infirmières formés hors Québec à travers les trois processus d'immigration, de reconnaissance des compétences et d'intégration professionnelle.

3.1. Durant le processus d'immigration

Les résultats ont montré que les acteurs institutionnels, pour réduire leurs incertitudes quant à la qualité des compétences des DHCEU et des IDHQ se sont coordonnés et utilisent les grilles de sélection et des listes de domaines et formations privilégiés pour sélectionner les IDHQ et DHCEU candidats à l'immigration au Québec dans le cadre du Programme régulier des travailleurs qualifiés (PRTQ). Ceux qui répondent aux critères de sélection sont sélectionnés, les autres sont exclus du processus. Les critères quantitatifs, une grille de points, utilisés par les acteurs institutionnels permettent de faire ce tri et de justifier le choix d'immigrants ayant « le potentiel à bien gagner leur vie » au Québec. Nous rappelons que l'on ne parle pas ici de potentiel à exercer sa profession.

C'est le MIFI qui est le maître d'œuvre de la sélection, même si nos résultats, illustrés par la Figure 16 et la Figure 26, montrent qu'il collabore avec d'autres acteurs institutionnels et se coordonne avec le MTESS. Cependant, ces résultats montrent également que le MSSS est absent de cette coordination. Il n'a de relations qu'avec le MTESS à qui il transmet ses besoins d'effectifs médicaux afin que ce dernier en tienne compte dans les perspectives d'emplois publiées dans *l'État d'équilibre du marché du travail québécois*, qui est un des trois documents sur lequel s'appuie le MIFI pour établir les grilles de sélection et les listes des domaines de formation.

Toutefois, si le MSSS n'est pas impliqué dans la sélection des travailleurs qualifiés, donc les futurs résidents permanents, il participe plus activement à l'élaboration de la liste des professions admissibles au traitement simplifié par le biais de RSQ qui est consulté dans le cadre du Programme des travailleurs étrangers temporaires (PTET). C'est dans cette liste que l'on retrouve les professions de médecins et d'infirmières éligibles au recrutement international.

3.2. Durant le processus de reconnaissance des compétences

Dans la Figure 26 nous constatons l'absence (ou quasi absence) du MSSS durant le processus de reconnaissance des compétences des IDHQ, sauf dans le financement de certains stages.

D'abord, et c'est très surprenant, il n'a pas participé à la signature de l'ARM avec la France alors que le ministère de la Santé et des Sports français est signataire aux côtés des deux ordres professionnels concernés, ici l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Ordre national des infirmiers de France. La mesure compensatoire pour les IDHQ est de réaliser un stage dans un établissement de santé, nous trouvons étonnant que le MSSS ne soit pas partie prenante des discussions.

Ensuite, nos résultats montrent un blocage concernant les stages de 40 jours demandés aux IDHQ qui ne sont pas sous ARM et qui n'ont pas à suivre l'AEC. Le MSSS gère les établissements de santé qui devraient accueillir les stagiaires. Est-ce que le MSSS, par le biais des établissements de santé pourrait jouer un rôle plus actif dans l'organisation de ces stages et dégager des personnes pour s'occuper des IDHQ. Le MSSS finance, en partenariat avec d'autres acteurs, le projet du CIUSSS NIM qui semble faciliter le processus de reconnaissance des compétences des IDHQ. Ce programme aurait sans doute sa place dans tous les établissements de santé qui accueillent des IDHQ pour un stage de 40 jours.

Ces difficultés d'accès à des stages sont connues et ont déjà été dénoncées par l'OIIQ. Dans son Mémoire déposée lors de la consultation sur le PL98, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2016) faisait mention des difficultés rencontrées par les IDHQ pour trouver des milieux de stages, notamment lors de la formation au cégep, dénonçant les capacités d'accueil des établissements de santé, situation qui a un impact sur leur intégration ou leur exclusion de la profession, les obligeant à exercer un emploi demandant moins de qualifications et moins bien rémunéré. L'Ordre demandait alors au MSSS de travailler sur « la disponibilité des milieux de stages cliniques ». Deux et trois ans plus tard, en 2018 et 2019, lors de nos entrevues avec les acteurs et les IDHQ, nous avons constaté que rien n'avait changé quant aux difficultés d'accès au stage pour les IDHQ au cégep.

Enfin, il intervient par le biais du RSQ en offrant des ateliers aux IDHQ dans les cégeps pour améliorer leurs connaissances du réseau de la santé du Québec.

Dans la Figure 16: Structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU, nous constatons également l'absence (ou la quasi absence) du MSSS, sauf, là encore dans le financement. Dans la mesure où c'est le MSSS qui décide du nombre de

places en facultés de médecine pour la formation des médecins et dans les établissements leur emploi, il pourrait être plus présent dans le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU.

D'abord, comme dans le cas des IDHQ, le MSSS n'a pas participé à la signature de l'ARM avec la France alors que là encore, le ministère de la Santé et des Sports français est signataire aux côtés des deux ordres professionnels, soit le Collège des médecins du Québec et le Conseil national de l'ordre des médecins de France. Pour cet ARM également, la mesure compensatoire est un stage, ici de 3 mois, dans un établissement de santé. De plus, si pour les IDHQ le stage se fait dans l'établissement qui les emploie à l'issue du stage, ce n'est pas le cas pour les médecins. Les DHCEU doivent faire leur stage dans un établissement qui ne peut pas les embaucher ensuite. Le MSSS et le CMQ se coordonnent pour les lieux de stage et le MSSS finance le processus. Le CÉDIS nous a mentionné que cela coûtait entre 15000 et 20000\$ par DHCEU.

Ensuite, durant les étapes du processus de reconnaissance des compétences des DHCEU qui choisissent la voie du permis régulier, le MSSS est présent dans le financement du stage de mise à niveau du CÉDIS. Les évaluations et les stages coûtent à peu près 40 000\$ par personne, plus 5 000\$ de bourse pour subvenir à leurs besoins. Nous avons relevé dans les rapports du CÉDIS que le programme géré par l'organisme coûte entre 1 à 1,4 millions de dollars chaque année.

Enfin, il faut ajouter à ces montants, une somme de 190 000\$ par an, remise au CÉDIS, pour gérer le stage d'acclimatation offert aux DHCEU par les facultés de médecine aux DHCEU qui entrent en résidence.

Le MSSS finance donc des programmes qui contribuent à la reconnaissance des compétences des DHCEU. Nos résultats montrent que le stage CÉDIS est très apprécié des facultés. Leurs incertitudes quant aux compétences des DHCEU sont fortement aplanies et elles sont prêtes à accueillir les DHCEU qui ont réussi ce stage pour qu'ils fassent leur résidence. Cela ne remplace pas la résidence. Pour les DHCEU, c'est la possibilité de s'affranchir du critère d'exclusion de l'éloignement de la pratique, donc c'est une bonne chose. Le côté plus négatif, c'est le nombre de places limitée dans ce programme, seulement 24 par an.

La journée d'information, financée par le CÉDIS, donc indirectement par le MSSS, est aussi très appréciée des acteurs institutionnels et des DHCEU, même si pour ces derniers, elle pourrait arriver plus tôt.

Toutefois, et indirectement, le MSSS joue un rôle dans l'accès au processus de reconnaissance des compétences des DHCEU qui choisissent la voie du permis régulier, soit en passant les examens du CMC, soit en passant par l'Externat. En effet, en ne prévoyant qu'une dizaine de places sur près de 1000 pour les quatre facultés de médecine du Québec, chaque année, pour les DHCEU qui désirent

prendre cette voie, le MSSS exclut un grand nombre de DHCEU qui pourrait prendre cette voie. Également, en ne prenant pas en considération les DHCEU dans la planification des places en résidence, là encore le MSSS exerce une forme d'exclusion du processus.

Le MSSS, que ce soit pour les IDHQ ou pour les DHCEU, est impliqué dans le processus de reconnaissance des compétences avec le financement qu'il apporte lors des stages de mise à niveau : le stage d'adaptation de trois mois, prévu dans le cadre des ARM, le stage de mise à niveau CÉDIS de 14 semaines pour les DHCEU dans la voie du permis régulier et le stage d'acclimatation de 4 à 6 semaines organisé par les facultés aux DHCEU sélectionnés avant le début de la résidence.

3.3. Durant le processus d'intégration professionnelle

Nos résultats montrent que le MSSS est absent des épreuves du processus d'immigration. Il est plus actif durant le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ puisqu'il finance plusieurs épreuves de ce parcours. Les décisions prises dans le Décret excluent cependant plusieurs DHCEU du processus de reconnaissance des compétences.

Il tient un rôle beaucoup important, et se coordonne avec plusieurs acteurs institutionnels durant le processus d'intégration professionnelle puisqu'il est l'employeur des DHCEU et, comme nous l'avons déjà mentionné, de 85% des infirmières du Québec.

Concernant les IDHQ, le MSSS joue un rôle à plusieurs niveaux.

D'abord, comme nous l'avons déjà vu, il participe au financement du programme de stage 40 jours demandé par le CMQ du CIUSSS NIM. Le MSSS est ici un futur employeur qui sélectionne une future employée après un stage réussi, il investit dans sa main-d'œuvre. Le stage est une période d'essai qui lui permet d'évaluer les compétences des IDHQ avant de les embaucher.

Ensuite, il finance un programme de régionalisation en coordination avec le MIFI, des établissements de santé en région et des cégeps pour répondre aux besoins de main-d'œuvre de ces établissements en région. Les IDHQ sont embauchées comme PAB, ce qui, selon les acteurs institutionnels, les familiarise avec le réseau de la santé du Québec. En parallèle, elles font leur processus de reconnaissance des compétences. Si elles réussissent, elles sont embauchées comme infirmières par l'établissement de santé où elles étaient préposées aux bénéficiaires. Si elles échouent, elles restent préposées aux bénéficiaires. Comme nous l'avons déjà mentionné, elles sont exclues de leur groupe professionnel. Pour les acteurs institutionnels, elles sont dans un emploi de transition, et même si elles ne sont pas infirmières, elles ont quand même un travail, elles ne sont pas au chômage.

Également, une fois embauchées comme infirmières, les IDHQ qui sont reconnues cliniciennes, donc celles qui doivent faire le stage de 40 jours et celui de 75 jours, peuvent faire reconnaître leur expérience professionnelle antérieure qui sert à calculer les échelons et les salaires. Ce n'est pas le cas pour les IDHQ qui font l'AEC. Il y a ici aussi une forme d'inégalité. Le MSSS, comme employeur, à travers les services de ressources humaines de chacun des établissements de santé établit ses propres barèmes.

Enfin, le MSSS fait du recrutement international à travers RSQ. Mandaté par les établissements de santé de la province qui déterminent leurs besoins, notamment concernant les infirmières, le Ministère sélectionne des infirmières et des médecins à travers le monde, comme les entreprises privées de la province. Ce recrutement s'adresse, comme nos résultats l'ont montré, majoritairement à des infirmières françaises.

Pour finir avec les DHCEU, le MSSS employeur ne fait aucune différence dans les PREM entre les DHCEU et les autres diplômés puisque le nombre de places en établissements de santé est déterminé pour les médecins qui ont fini leur résidence et obtenu leur permis d'exercice du CMQ.

3.3.1. Discussion

L'analyse du rôle du MSSS dans le processus de reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ nous permet d'affirmer que, dans la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences, le MSSS est un symbole des problèmes de coordination.

En effet, hormis l'étape à laquelle le MSSS transmet au MTESS ses besoins de main-d'œuvre médicale (qui ne comprennent pas les besoins de médecins) afin que celui-ci puisse établir son diagnostic sur *l'État d'équilibre du marché du travail à court et moyen termes* et celle de la consultation de RSQ par le MIFI pour établir la liste des professions admissibles au traitement simplifié dans le cadre du recrutement de travailleurs temporaires, le MSSS ne se coordonne avec aucun autre acteur institutionnel et est quasiment absent de la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des IDHQ et des DHCEU.

Cependant, il joue plusieurs rôles très importants exerçant une influence sur la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ durant les trois processus analysés.

Il est d'abord régulateur du marché du travail des DHCEU. En effet, il détermine par décret le nombre de places pour les étudiants, par année et par spécialité, dans les facultés de médecine du Québec et n'offre que 10 places aux DHCEU pour intégrer l'externat. Le MSSS fixe également le nombre de places offertes aux nouveaux diplômés de médecine dans les établissements de santé à travers la province dans le cadre des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).

Ensuite, le MSSS est employeur. Nous avons vu dans le chapitre 5 qu'il emploie 85% des infirmières du Québec. Il est aussi l'employeur de quasiment tous les médecins du Québec (hormis ceux qui sont désaffiliés de la RAMQ).

Également, le MSSS est recruteur. Par le biais de Recrutement Santé Québec (RSQ), il gère le recrutement international des IDHQ et des DHCEU en fonction des besoins de main-d'œuvre qu'il a lui-même identifiés par l'intermédiaire des établissements de santé.

Enfin, s'il n'évalue pas les compétences des IDHQ et des DHCEU et s'il n'a pas un rôle de formateur, il finance néanmoins de façon importante les différentes formations complémentaires ou mises à niveau exigées aux immigrants par les autres acteurs institutionnels. Ainsi, pour les DHCEU, il finance le CÉDIS pour le programme de stages de mise en contexte clinique et d'évaluation des compétences médicales ainsi que le stage d'acclimatation offert aux DHCEU avant le début de leur résidence. Pour les IDHQ, il finance les ateliers offerts par RSQ dans les cégeps pour la préparation au marché du travail ainsi que les programmes spéciaux comme celui du CIUSSS NIM ou encore le programme de régionalisation et d'emplois de transition. Finalement, les stages de 75 et de 40 jours sont également à sa charge financière puisqu'il accueille les IDHQ stagiaires dans ses établissements de santé à travers la province, les rémunère durant le stage ainsi que les superviseurs qui encadrent ces stagiaires.

À la lumière de ces résultats, il pourrait être intéressant d'augmenter le nombre de lieux de coordination du MSSS avec les autres acteurs de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ ou bien de le responsabiliser davantage dans l'intégration professionnelle des médecins et infirmières immigrants.

Dans ce sixième et dernier chapitre, nous avons analysé et discuté nos résultats à la lumière des éléments théoriques présentés au chapitre 2.

Dans un premier temps, l'étude empirique a permis de brosser un portrait quasi exhaustif de la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants durant les trois processus d'immigration, de reconnaissance des compétences et d'intégration professionnelle. Nous avons ainsi exposé plusieurs conventions de qualité qui s'opposent. Premièrement, durant le processus d'immigration, il s'agit de la convention sur les objectifs de la sélection entre le MIFI et les immigrants. Pour le MIFI, la grille de sélection et les points attribués aux critères de scolarité, de domaines de formation, d'expérience professionnelle ou encore de connaissance du français permettent d'évaluer le potentiel des immigrants à bien gagner leur vie, donc leur employabilité, alors que les immigrants considèrent que ces critères envoient le message qu'ils sont sélectionnés pour exercer leur profession.

Deuxièmement, durant le processus de reconnaissance des compétences, nous avons observé deux conventions qui s'opposent entre l'ordre professionnel et les établissements d'enseignement pour les deux professions, l'opposition étant beaucoup plus marquée pour les DHCEU entre le Collège des médecins du Québec et les facultés de médecine. En effet, les facultés de médecine considèrent que les compétences médicales ne s'exportent pas et ont encore des incertitudes sur les compétences des DHCEU par rapport aux normes nord-américaines. Elles mettent donc en place des critères supplémentaires d'évaluation des compétences des DHCEU, mais pas pour les diplômés du Québec et alors que le Collège des médecins a déjà reconnu les compétences des DHCEU en leur délivrant l'équivalence du diplôme MD. Ce qui conduit certains DHCEU à être exclus du parcours de reconnaissance des compétences et donc de l'exercice de leur profession.

Dans un deuxième temps, notre analyse montre les impacts des politiques publiques sur la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants. Nous avons d'abord analysé et discuté de l'outil du MIFI pour sélectionner les immigrants, la grille de sélection, et avons établi qu'elle est une épreuve du MIFI dans le processus de sélection des IDHQ et des DHCEU. Ensuite, l'analyse de l'impact des ARM sur la reconnaissance des compétences des IDHQ et des DHCEU, montre le lien entre politiques publiques d'immigration et les fonctions de dotation et d'intégration professionnelle. En effet, si les ARM permettent une reconnaissance des compétences plus rapide et plus facile pour l'obtention d'un permis d'exercice pour les médecins et les infirmières français, et donc une évaluation *a priori* des compétences de ces professionnels, on note une tension avec l'évaluation de la compétence par les facultés de médecine par exemple qui considèrent que même les médecins français doivent se mettre au niveau des standards nord-américains. Il y a donc deux conventions de qualité de la compétence. Pour les infirmières, nous avons vu que la tension se trouve entre l'employeur et la politique d'immigration. Elles sont considérées compétentes par l'OIIQ.

Enfin, dans un troisième temps, nous détaillons le rôle du MSSS dans le processus de reconnaissance des compétences des médecins et infirmières immigrants. S'il est quasiment absent de la structure de coordination de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ, il exerce un rôle important puisqu'il régule un marché du travail fermé en ce qui concerne les médecins et dont il est le principal, voire le seul, employeur. En effet, plus de 85% des infirmières travaillent dans le secteur public et les établissements de santé recrute des médecins en fonction de la planification de la main-d'œuvre médicale réalisée par le MSSS. Il est également recruteur puisqu'il va, par l'intermédiaire de RSQ, recruter les IDHQ et les DHCEU dont le système de santé québécois a besoin. Enfin, s'il ne se coordonne pas avec les autres acteurs de la reconnaissance des compétences des IDHQ et des DHCEU et s'il ne participe pas à la formation des immigrants, il

finance les formations et les mises à niveaux demandées par les autres acteurs institutionnels, comme les stages cliniques pour les IDHQ en milieu hospitalier et le programme CÉDIS ainsi les programmes spéciaux pour l'intégration professionnelles des IDHQ.

Conclusion

Depuis l'Accord Canada-Québec de 1991, le Québec sélectionne les immigrants économiques qu'il désire accueillir sur la base, notamment, de leur scolarité, de leur domaine de formation et de leur connaissance du français. Les professionnels formés à l'étranger qui veulent immigrer dans la province sont informés qu'au Québec, 46 ordres professionnels régissent 55 professions dont la moitié sont dans le domaine de la santé. Les ordres professionnels sont responsables de s'assurer des compétences de leurs membres pour accomplir leur mission de protection du public. Dans un contexte où de plus en plus de professionnels formés à l'étranger immigreront au Québec, notamment depuis le début des années 2000, le système professionnel québécois a évolué. Ainsi, les ordres professionnels ont adapté leurs processus de reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger et des ententes internationales ont été signées avec certains pays comme la France pour accélérer les processus de reconnaissance des compétences.

Les études démontrent que certains travailleurs qualifiés, choisis sur la base de leur niveau d'études, de leur expérience professionnelle et de leur connaissance du français, se heurtent à la difficulté de faire reconnaître leurs compétences en lien avec la profession qu'ils exerçaient dans leur pays d'origine, notamment quand il s'agit d'une profession réglementée au Québec dans le domaine de la santé comme les infirmières et les médecins immigrants (Bardai, 2010; Blain, 2016; Blain et Fortin, 2020; Blain et al., 2014; Blain et al., 2012; Boulais, 2013; Boyd et Schellenberg, 2007; Charles, 2011; Dumas-Martin, 2014; Otmani, 2020; Primeau, 2015). De nombreux acteurs institutionnels sont impliqués dans ces processus et il est difficile pour les immigrants de comprendre le système (Conseil interprofessionnel du Québec, 2019, 2020). Les recherches de ces dernières années ont montré le manque de coordination et de collaboration entre les acteurs de la reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger (Bédard et Zaidman, 2019; Blain, 2016). Ainsi, des blocages institutionnels persistent du fait de la multiplicité des acteurs institutionnels concernés et de problèmes de coordination entre eux. Il n'existe pas de mécanisme formalisé où les rôles et responsabilités de chaque acteur est décrit à travers le processus de reconnaissance, c'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à la coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences au Québec.

Notre question de recherche était : **Médecins et infirmières immigrants au Québec : quel processus pour faire reconnaître ses compétences et exercer légitimement sa profession au Québec ?** Notre intérêt se portait plus spécifiquement sur la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ.

Nous avons choisi de mobiliser la théorie des conventions (dans le chapitre 2) en nous appuyant plus particulièrement sur les travaux de François Eymard-Duvernay (Eymard-Duvernay, 1989, 2012b; Eymard-Duvernay et Marchal, 1997). Une convention désigne « des représentations, une structure d'information, etc., qui construisent les informations jugées pertinentes et utiles pour l'action et déterminent la nature des objets qui peuvent servir de ressources » (Dupuy et al., 1989, p. 142) et résout un problème de coordination entre différents acteurs en situation d'incertitude. Dans notre recherche, les acteurs de la reconnaissance des compétences des professionnels formés à l'étranger ont des incertitudes sur les compétences professionnelles des médecins et des infirmières formés à l'étranger. Ils vont donc s'appuyer sur des outils et des normes, des épreuves, pour pouvoir porter un jugement sur les compétences des DHCEU et des IDHQ avant de les autoriser à exercer leur profession.

Nous avons expliqué notre choix méthodologique d'une recherche qualitative dans le chapitre 3. Nous avons commencé par une analyse documentaire de la littérature scientifique, institutionnelle et grise. Puis nous avons fait de l'observation directe non-participative à deux reprises. Enfin, nous avons réalisé 68 entrevues semi-dirigées. Ainsi, nous avons pu recruter 22 DHCEU et 13 IDHQ arrivés au Québec entre 2008 et 2018 avec des statuts migratoires variés et diplômés d'une quinzaine de pays différents. Nous avons également rencontré 35 acteurs : des acteurs institutionnels (ministères, système professionnel, enseignement supérieur), des acteurs de mise en œuvre des politiques publiques (organismes financés par le MIFI, le MTESS et le MSSS) et des acteurs de soutien informationnel ou financier sur la reconnaissance des compétences. Nous avons également rencontré quelques experts.

Enfin, nous avons fait état des résultats de notre recherche dans les chapitres 4 et 5 consacrés respectivement aux DHCEU et aux IDHQ, ce qui nous a permis de proposer un schéma de la structure de coordination des acteurs institutionnels de la reconnaissance des compétences des DHCEU et des IDHQ et de spécifier les conventions mises en place par les acteurs pour résoudre leurs incertitudes par rapport aux compétences des DHCEU et des IDHQ. Ces résultats ont été analysés et discutés dans le chapitre 6.

Les apports et les limites de la recherche

Les recherches menées jusqu'à présent sur la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants ont mis de l'avant les difficultés ou les facteurs facilitant l'intégration de ces professionnels (Blain et al., 2012; Charles, 2011) parfois basés sur les différences culturelles (Primeau, 2015), les identités professionnelles (Blain et al., 2014), les trajectoires de reconnaissance des compétences (Blain, 2016; Blain et Fortin, 2020), les perceptions des immigrants de leur

intégration professionnelle (Bardai, 2010; Boulais, 2013), les arrangements de reconnaissance mutuelle (ARM) avec la France (Bédard et al., 2018; Bédard et Roger, 2015; Bédard et Zaidman, 2019; Dumas-Martin, 2014) ou encore la discrimination (Archambault et al., 2010; Otmani, 2020).

L'originalité de cette thèse consiste d'abord dans la mobilisation de la théorie des conventions, ce qui, à notre connaissance, n'a jamais été fait pour examiner des processus de reconnaissance des compétences de personnes immigrantes au Québec. Nous avons été ainsi en mesure de montrer les tensions entre différentes conventions de qualité des acteurs institutionnels qui peuvent mener à la dévalorisation des médecins et des infirmières immigrants et à la perte de leur statut professionnel en étant exclu du processus, et ce, de façon plus marquée pour les médecins.

Ainsi, durant le processus d'immigration, deux conventions sur les critères de sélection s'opposent: le MIFI sélectionne les immigrants sur des critères garantissant leur employabilité (leur potentiel à bien gagner leur vie) alors que les immigrants considèrent qu'ils sont sélectionnés pour exercer leur profession. Également, durant le processus de reconnaissance des compétences, la convention sur la qualité des compétences des IDHQ et des DHCEU diffère entre les ordres professionnels et les établissements d'enseignement, ce qui peut mener à l'exclusion du parcours. Ceci est plus marqué avec les facultés de médecine pour qui la compétence médicale ne s'exporte pas et qui fixent des critères d'exclusion dans la sélection à l'entrée de la résidence.

C'est un apport aux travaux déjà réalisés mobilisant la théorie des conventions.

Ensuite, nous avons documenté de façon quasi exhaustive la structure de coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants à travers les trois processus d'immigration, de la reconnaissance des compétences et de l'intégration dans la profession ce qui, à notre connaissance n'a pas été réalisé jusqu'à présent et qui représente un autre apport de cette recherche. Nos résultats montrent la complexité de la coordination des acteurs institutionnels pour les deux professions, et c'est particulièrement prégnant dans le cas de médecins. En effet, la réglementation professionnelle au Canada est une compétence provinciale. Si la structure de reconnaissance des compétences des infirmières se déroule uniquement avec des acteurs du niveau provincial, ce n'est pas le cas pour la profession de médecin. Quand les médecins immigrants choisissent la voie de la reconnaissance des compétences pour obtenir un permis d'exercice régulier du Collège des médecins, les instances de régulation canadiennes sont impliquées et jouent un rôle plus important que le Collège des médecins du Québec.

Également, les résultats confirment qu'en termes de politiques publiques, la signature d'ententes entre gouvernement établie en amont du processus de reconnaissance des compétences et qui prennent en considération les statuts migratoires des médecins et des immigrants facilite grandement le processus et le raccourcit considérablement. En effet, les infirmières et le médecin immigrants que nous avons rencontrés sont passés à travers un processus beaucoup plus rapide (quelques mois vs plusieurs années) que nos autres répondants. Cependant, notre échantillon très limité, un seul médecin et quatre infirmières, ainsi que leur localisation géographique majoritairement à Montréal, ne nous permet pas une analyse en profondeur. À cet égard, il pourrait être pertinent d'étudier les trajectoires de ces professionnels bénéficiant d'un ARM, de vérifier dans quelle mesure le gouvernement québécois privilégie la venue et la sélection de médecins et d'infirmières français et s'il réussit à attirer ces professionnels en région au Québec, les statistiques montrant une baisse des admissions des IDHQ et des DHCEU sans qu'elle soit compensée par une hausse du nombre de permis de travail temporaires délivrés à ces professionnels.

De plus, la recherche a montré les différents rôles du MSSS dans la structure de reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants, surtout concernant la profession de médecins. Il est régulateur d'un marché du travail fermé (celui des médecins) puisque c'est lui qui fixe non seulement le nombre de places dans les facultés de médecine, mais également le nombre de places dans les établissements de santé pour les nouveaux médecins dans la province. Il est également recruteur et employeur, mais ne se coordonne pas avec les autres acteurs de la reconnaissance des compétences.

Enfin, si plusieurs études ont déjà été réalisées soit sur les médecins immigrants, soit sur les infirmières immigrantes, aucune n'a encore étudié la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences des deux professions. Notre cadre d'analyse a pu s'appliquer aux deux professions à l'étude et nous pensons qu'il pourrait l'être dans des recherches sur la coordination des acteurs de la reconnaissance des compétences de professionnels formés à l'étranger dans d'autres professions.

Des limites de la recherche doivent être mentionnées.

D'abord concernant l'échantillon des IDHQ, nous aurions pu rencontrer plus que 13 infirmières, mais ayant atteint la saturation des informations, nous avons décidé de ne pas en faire plus. Cependant, nous pensons que le point de vue des IDHQ anglophones aurait été très pertinent pour la recherche et rencontrer des IDHQ des Philippines et de l'Inde, pour avoir leur point de vue et connaître leur parcours de reconnaissance des compétences, aurait éclairé notre analyse.

Ensuite, concernant les DHCEU, nous n'avons pu rencontrer qu'un seul médecin ayant pris la voie du permis restrictif, ce qui a limité notre analyse. Il aurait été pertinent d'avoir le point de vue d'autres DHCEU venus avec un ARM et sans ARM pour compléter nos résultats.

Enfin, nous avons rencontré seulement deux DHCEU qui ont réussi à passer au travers du processus de reconnaissance des compétences. Un échantillon plus important de personnes ayant réussi le parcours nous aurait sans doute permis de mettre de l'avant les éléments ou facteurs ayant facilité leur processus ainsi que leur perception du processus.

Quelques pistes de recherche

Pour aller plus loin dans l'analyse de certains résultats de cette thèse, nous proposons quelques pistes de recherches complémentaires.

Nous l'avons mentionné comme une limite, mais il serait pertinent de renseigner les parcours des médecins et infirmières anglophones ou allophones, quel que soit leur statut migratoire, dans la province de Québec dans un contexte où le gouvernement vient de promulguer (1^{er} juin 2022) *la Loi sur la langue officielle et commune du Québec, le français*.

Également, une recherche sur les trajectoires des DHCEU et des IDHQ en mobilisant l'analyse différenciée selon les sexes (ADS+) et intersectionnelle. En effet, certains de nos répondants ont mentionné des enjeux liés à leur genre, à leur couleur de peau, à leur âge ou encore à leur rôle dans la cellule familiale qui pouvaient les ralentir dans leur processus ou encore les en exclure.

Aussi, le suivi du projet²⁰⁹ de recrutement de 1000 infirmières francophones pour aller dans sept régions du Québec serait l'occasion de valider la structure de coordination identifiée dans la recherche et d'enrichir nos résultats avec les acteurs régionaux que nous n'avons pas rencontrés comme les établissements de santé et analyser la coordination des acteurs pour répondre au projet qui « vise à accélérer la reconnaissance des compétences » qui répondent aux critères fixés par le gouvernement.

Enfin, nous pensons qu'une recherche sur l'intégration professionnelle des médecins et des infirmières recrutés comme travailleurs temporaires par le MSSS serait pertinente. Il s'agit d'une structure de coordination complexe ici aussi car nombre d'acteurs sont concernées dans les trois processus que nous avons étudiés, tant au niveau provincial que fédéral, dans laquelle plusieurs conventions cohabitent.

²⁰⁹ Communiqué : Le ministre Jean Boulet dévoile un projet de reconnaissance des compétences pour recruter 1 000 infirmières et infirmiers à l'international

<https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/le-ministre-jean-boulet-devoile-un-projet-de-reconnaissance-des-competences-pour-recruter-1-000-infirmieres-et-infirmiers-a-linternational-37995>

Bibliographie

- Abbott, A. (2001). *Time matters: On theory and method*. University of Chicago Press.
- Abbott, A. (2003). Ecologies liées: à propos du système des professions. *Les professions et leurs sociologies. Modèles théoriques, catégorisations, évolutions*, 29-50.
- Abbott, A. (2004). *Methods of Discovery: Heuristics for the Social Sciences* (Contemporary Societies Series).
- Abbott, A. (2014). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. University of Chicago Press.
- Abdul-Karim, A.-B. (2018). Barriers to foreign credential recognition, Access to regulated professions and successful integration into the Canadian labour market.
- Adams, T. L. (2018). *Regulating professions: the emergence of professional self-regulation in four Canadian provinces*. University of Toronto Press.
- Alboim, N., Finnie, R. et Meng, R. (2005). *The discounting of immigrants' skills in Canada: Evidence and policy recommendations*. IRPP.
- Alioua, M., Qacha, F., Coulibaly-Tandian, O. K., Majdoubi, F., Missaoui, H.-S. et Missaoui, H.-S. (2012). Circulation migratoire des transmigrants [The Migrating Circulations of Trans-Migrants]. *Multitudes*, 49(2), 76-88. <https://doi.org/10.3917/mult.049.0076>
- Allaire, G. (2001a). Conventions professionnelles et régimes de responsabilité. Dans *L'économie des conventions. Méthodes et résultats*. La Découverte.
- Allaire, G. (2001b). Note. *Théorie des conventions*. <http://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/294/files/2012/09/noteThdesConventions.pdf>
- Arcand, S. (2013). *Politique de gestion de la diversité ethnoculturelle dans les organisations: de l'approche stratégique au déploiement*. Éditions Nouvelles.
- Archambault, D., Tanoviceanu, N.-D. et Ducharme, D. (2010). *Enquête de la propre initiative de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse*. C. d. d. l. p. e. d. d. d. l. jeunesse.
- Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. (2019). *Historique*. <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/historique/au-quebec>
- Ayerbe, C. et Missonier, A. (2007). Validité interne et validité externe de l'étude de cas: principes et mise en œuvre pour un renforcement mutuel. *Finance Contrôle Stratégie*, 10(2), 37-62.
- Baby, A. (1994). Le Code des professions du Québec. Dans Y. Lucas et C. Dubar (dir.), *Génèse et dynamique des groupes professionnels*. Presses Université Septentrion.
- Baldacchino, G., Chandrasekera, S. et Saunders, P. (2007). Internationally Educated Health Professions in Atlantic Canada. *Canadian Issues*, 104.
- Banerjee, R. et Lee, B. Y. (2015). Decreasing the Recent Immigrant Earnings Gap: The Impact of Canadian Credential Attainment [Article]. *International Migration*, 53(2), 205-218. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2435.2012.00775.x>
- Banerjee, R. et Phan, M. (2014). Licensing requirements and occupational mobility among highly skilled new immigrants in Canada. *relations industrielles/industrial relations*, 69(2), 290-315.
- Banerjee, R. et Verma, A. (2012). Post-migration education among recent adult immigrants to Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 13(1), 59-82.
- Bardai, A. (2010). *L'intégration professionnelle : perception des médecins immigrants* [Université de Montréal]. Érudit. <http://hdl.handle.net/1866/4549>
- Barker, E. R. (2020). The Economics of Brain Waste. Dans *Understanding Migration with Macroeconomics* (p. 87-113). Springer.
- Barmeyer. (2012). Le développement collectif de compétences interculturelles dans le contexte d'une organisation binationale : le cas d'ARTE. *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, (1), 63.
- Barmeyer et Mayrhofer. (2008). The contribution of intercultural management to the success of international mergers and acquisitions: An analysis of the EADS group. *INTERNATIONAL BUSINESS REVIEW*, 17(1), 28-38. <https://doi.org/10.1016/j.ibusrev.2007.12.001>

- Barmeyer et Mayrhofer. (2009). Management interculturel et processus d'intégration: Une analyse de l'alliance Renault-Nissan. *Management Avenir*, 22(2), 109-131.
- Bartel-Radic, A. (2009). La compétence interculturelle: état de l'art et perspectives. *Management international/Gestión Internacional/International Management*, 13(4), 11-26.
- Batifoulier, P. (1992). Le rôle des conventions dans le système de santé. *Sciences sociales et santé*, 10(1), 5-44.
- Batifoulier, P. (1999). Ethique professionnelle et activité médicale: une analyse en termes de conventions. *Finance, contrôle, stratégie*, 2, 5-24.
- Batifoulier, P. (2001a). Avant-Propos Dans *Théorie des conventions*. Economica.
- Batifoulier, P. (2001b). *Théorie des conventions*. Economica.
- Batifoulier, P. (2015). Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé. *L'Homme et la société*, (3), 79-103.
- Batifoulier, P. et Bien, F. (2000). Les honoraires libres en médecine ambulatoire: une lecture par la théorie des conventions. *Sciences sociales et santé*, 18(1), 5-22.
- Batifoulier, P. et de Larquier, G. (2001). De la convention et de ses usages. *Théorie des conventions*. Paris: Economica, 09-31.
- Batifoulier, P. et Domin, J.-P. (2011). Les transformations des professions médicales: organisation, règles et rémunérations. *Journal d'économie médicale*, 29(5), 179-181.
- Batisse, C. et Zhu, N. (2014). Les immigrants sur le marché du travail canadien : double peine pour les non-Occidentaux ? *Diversité urbaine*, 14(2), 123-146. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1035428ar>
- Bauder, H. (2003). "Brain Abuse", or the Devaluation of Immigrant Labour in Canada. *Antipode*, 35(4), 699-717. <https://doi.org/10.1046/j.1467-8330.2003.00346.x>
- Bazergui, A., Asselin, J.-D., Blanchard, P. W., Boivin, M., Cantin, L., Desrochers, J., Gariépy, A., James, Y., Joseph, S., Lemoyne, G., Piché, C., Rinfret-Raynor, M. et Tremblay, R. (2005). *Rapport de l'Équipe de travail sur la reconnaissance des diplômes et des compétences des personnes formées à l'étranger*. <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/RapportEquipe-ReconnaissanceDiplomesCompetences.pdf>
- Beauregard, J.-P., Arteau, G. et Drolet-Brassard, R. (2019). Testing à l'embauche des Québécoises et Québécois d'origine maghrébine à Québec. *Recherches sociographiques*, 60(1), 35-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1066153ar>
- Béchar, J. (2015). *Immigration : L'Accord Canada-Québec (Étude générale)*.
- Becker, G. S. (1964). *Human capital : a theoretical and empirical analysis, with special reference to education*. National Bureau of Economic Research.
- Becklumb, P. (2008). *L'immigration : l'Accord Canada-Québec*.
- Bédard, J.-L. (2014). Mutual recognition arrangements between France and Quebec: innovating on the transnational professional front. *Int. J. of Migration and Border Studies*, 1(1). <https://doi.org/10.1504/IJMBS.2014.065065>
- Bédard, J.-L., Cathia, P., Francis, B.-G. et Moussa, D. (2018). *Admission aux professions réglementées : immigration, gouvernance du système professionnel et disjonctions institutionnelles. Analyse comparative, identification de bonnes pratiques et recommandations pour les professions réglementées au Canada*. <https://r-libre.telug.ca/1468/>
- Bédard, J.-L. et Massana Macià, M. (2018). Intégration socioprofessionnelle et mobilité internationale. Le cas des ingénieurs français ayant emprunté l'ARM France-Québec. *Revue européenne des migrations internationales*, 34(1), 211. <https://doi.org/10.4000/remi.9721>
- Bédard, J.-L. et Roger, L. (2015). *Les parcours d'entrée à la pratique professionnelle de travailleurs français au Québec, dans le cadre des Arrangements de reconnaissance mutuelle France-Québec. Une analyse des facteurs facilitants et des contraintes auxquels font face huit catégories de professionnels*. <http://r-libre.telug.ca/786/>
- Bédard, J.-L. et Zaidman, A. M. (2019) Concilier protection du public et admission de professionnels de la santé formés à l'étranger : enjeux relatifs à la mobilité internationale dans le cadre de l'entente de

- reconnaissance mutuelle Québec-France. *Recherches sociographiques*, 60(2), 379-400, article. <https://doi.org/10.7202/1070976ar>
- Bégin, K. et Renaud, J. (2012). Emploi qualifié et sous-qualifié chez les travailleurs immigrants sélectionnés du Québec : cheminements en emploi et effet de la grille de sélection. *Recherches sociographiques*, 53(2), 287-313. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1012402ar>
- Béji, K. et Pellerin, A. (2010). Intégration socioprofessionnelle des immigrants récents au Québec : le rôle de l'information et des réseaux sociaux. *Relations industrielles*, 65(4), 562-583. <https://doi.org/10.7202/045586ar>
- Belkhdouja, C. et Forgues, É. (2009). *L'intégration des diplômés internationaux en santé francophones dans les communautés francophones en situation minoritaire*. Consortium national de formation en santé.
- Belman, D. et Heywood, J. S. (1991). SHEEPSKIN EFFECTS IN THE RETURNS TO EDUCATION: AN EXAMINATION OF WOMEN AND MINORITIES [Article]. *Review of Economics & Statistics*, 73(4), 720. <https://doi.org/10.2307/2109413>
- Bessy, C. (2000). La certification des compétences en Grande-Bretagne. *Formation Emploi*, 71(1), 21-35.
- Blain, M.-J. (2016). *Être médecin diplômé à l'étranger au Québec: des parcours contrastés d'intégration professionnelle* [Université de Montréal].
- Blain, M.-J. et Fortin, S. (2020). Migration de professionnels de la santé : enjeux de reconnaissance de diplômés internationaux en médecine au Québec. *Diversité urbaine*, 20(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1084961ar>
- Blain, M.-J., Fortin, S. et Alvarez, F. (2014). Être médecin et immigrant au Québec : une identité professionnelle malmenée [Being a Physician and an Immigrant in Quebec: A Mistreated Professional Identity]. *Revue européenne des migrations internationales*, 30(3), 139-162. <https://www.caim.info/revue-europeenne-des-migrations-internationales-2014-3-page-139.htm>
- Blain, M.-J., Suárez-Herrera, J. C. et Fortin, S. (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*, (5).
- Blythe, J., Baumann, A., Rheume, A. et McIntosh, K. (2009). Nurse migration to Canada: pathways and pitfalls of workforce integration. *J Transcult Nurs*, 20. <https://doi.org/10.1177/1043659608330349>
- Boddewyn, J. J. (1995, 1995/03/01). The legitimacy of international-business political behavior. *The International Trade Journal*, 9(1), 143-161. <https://doi.org/10.1080/08853909508523823>
- Bollinger, D. et Hofstede, G. (1987). *Les différences culturelles dans le management : comment chaque pays gère-t-il ses hommes?* Éditions d'Organisation.
- Boltanski, L. et Thévenot, L. (1991). *De la justification : les économies de la grandeur*. Gallimard.
- Bouchard, G. et Taylor, C. (2008). Fonder l'avenir. Le temps de la conciliation. Rapport de la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodement reliées aux différences culturelles. <http://www.accommodements.qc.ca/documentation/rapports/rapport-final-integral-en.pdf>
- Boudarbat, B. et Boulet, M. (2010). *Immigration au Québec: Politiques et intégration au marché du travail*. CIRANO.
- Boudarbat, B. et Cousineau, J.-M. (2010). Un emploi correspondant à ses attentes personnelles? Le cas des nouveaux immigrants au Québec. *Journal of International Migration and Integration/Revue de l'intégration et de la migration internationale*, 11(2), 155-172.
- Boudarbat, B. et Grenier, G. (2014). *L'impact de l'immigration sur la dynamique économique du Québec*. Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations.
- Boulais, N. (2013). *Perceptions d'infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger et de préceptrices sur les stratégies facilitant la transition professionnelle en période de préceptorat* [Mémoire, Université de Montréal].
- Boulet, M. (2013). *L'évolution de la qualité d'emploi des immigrants du Canada par rapport aux natifs : une comparaison interprovinciale* [Université de Montréal]. Érudit. <http://hdl.handle.net/1866/10132>
- 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*, 96-99.

- Bousmah, I., Grenier, G. et Gray, D. M. (2021). Linguistic distance, languages of work and wages of immigrants in Montreal. *Journal of Labor Research*, 42(1), 1-28.
- Boyd, M. et Schellenberg, G. (2007). Réagrément et professions des médecins et ingénieurs immigrants. *Tendances sociales canadiennes*, 84, 2-11.
- Bozzini, L. et Contandriopoulos, A.-P. (1977). La pratique médicale au Québec: mythes et réalités. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 33-54.
- Braichet, J.-M. (2010). L'adoption du Code de Pratique de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : une étape importante pour tous les personnels de santé au niveau mondial. *Santé Publique*, (6), 599.
- Brailovsky, C. A., Miller, F., Grand'Maison, P., Auclair, R., Tremblay, M. et Sénéchal, M. (1998). L'évaluation de la compétence dans le contexte professionnel. *Service social*, 47(1-2), 171-189.
- Brière, S. (2019). *Les femmes dans des professions traditionnellement masculines*. Presses de l'Université Laval.
- Callegari, C., Ielmini, M., Caselli, I., Mattia, M., Gasparini, A., Grossi, A., Ceccon, F. et Poloni, N. (2020). The 6-D Model of National Culture as a Tool to Examine Cultural Interpretation of Migration Trauma-Related Dissociative Disorder: A Case Series. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(3), 588-596. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10903-019-00904-7>
- Campenhoudt, L. v., Quivy, R. et Marquet, J. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales* (4e éd. entièrement rev. et augm^e éd.). Dunod. <http://ariane.ulaval.ca/cgi-bin/recherche.cgi?qu=a2009180>
- Castro, C. et Villeneuve, P. (2019). Être femme et immigrante : l'intégration socioéconomique des femmes en région nordique au Québec. *Service social*, 65(1), 54-69. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1064590ar>
- Caves, R. E. et Porter, M. E. (1977). From entry barriers to mobility barriers: Conjectural decisions and contrived deterrence to new competition. *The quarterly journal of economics*, 241-261.
- CÉDIS. (2020). *Rapport annuel 2019-2020*. http://www.CÉDIS.ca/documents/pdf/rapport_annuel_financier_2019_2020.pdf
- Chapoulié, J.-M. (1973). Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels. *Revue française de sociologie*, 14(1), 86-114. <https://doi.org/10.2307/3320324>
- Charles, D. (2011). *L'expérience de l'intégration professionnelle d'infirmières immigrantes de minorités visibles* [Université Laval].
- Charmillot, M. (n.d.). Définir une posture de recherche, entre constructivisme et positivisme. Dans *Guide décolonisé et pluriversel de formation à la recherche en sciences sociales et humaines*, . <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/projetthese/chapter/les-grands-debats-epistemologiques-occidentaux-attribue/>
- Chen, C. P. et Hong, J. W. L. (2016). Career development of Chinese Canadian professional immigrants. *The career development quarterly*, 64(3), 272-286.
- Chevrier, S. (2014). *Gérer des équipes internationales*. Presses de l'Université Laval.
- Chicha, M.-T. et Charest, E. A. (2008). *L'intégration des immigrés sur le marché du travail à Montréal: politiques et enjeux*. IRPP.
- Chicha, M.-T. et Eric, C. (2009). L'intégration des immigrés sur le marché du travail à Montréal : le parcours du combattant. Dans *Les scientifiques formés à l'étranger et l'univers des sciences de la vie : un monde possibilités! Regard sur les industries des produits pharmaceutiques et biotechnologiques* (vol. 2). PharmaBio Développement.
- Chicha, M.-T. et Saba, T. (2010). Diversité en milieu de travail: Défis et pratiques de gestion. *Montréal: École des hautes études commerciales* (coll.«Gestion et Savoirs»).
- Chouinard, M. et Pelletier, L. (1983). Aperçu historique de la politique d'immigration canadienne. *Cahiers québécois de démographie*, 12(2), 201-206.
- Cohen, Y. (2002). *Les sciences infirmières : genèse d'une discipline : histoire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal*. Presses de l'Université de Montréal.

- Collège des médecins de famille du Canada. (2017). *Rôles CanMEDS - Médecine familiale - Cadre des compétences pour les médecins de famille*. (vol. 2017). Collège des médecins de famille du Canada. <http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resource.aspx?id=3031&langType=3084>
- Collège des médecins du Québec. (2015 (mise à jour 2017)). *Modifications au Code de déontologie des médecins*. Collège des médecins du Québec. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2015-01-07-fr-modifications-au-code-de-deontologie-des-medecins-guide-explicatif.pdf?t=1493332602713>
- Collège des médecins du Québec. (2016). *Histoire du Collège*. <http://www.cmq.org/page/fr/histoire-college.aspx> [dernière visite le 21/08/2016]
- Collège des médecins du Québec. (2020a). *Les médecins du Québec au 31 décembre 2019*. <http://www.cmq.org/pdf/permis-exercice/stat-web-permis-dim-fr.pdf?t=1590278400041>
- Collège des médecins du Québec. (2020b). *Médecins actifs seulement. Répartition générale*. <http://www.cmq.org/statistiques/generalites.aspx>
- Comité interministériel sur la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes. (2017). *Rapport*. http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/RAP_ReconnComp.pdf
- Commissaire à l'admission aux professions. (2021). *Statistiques sur le traitement des plaintes*. <https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/StatsPlaintes.pdf>
- Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles. (2013). *Portrait des mécanismes de reconnaissance des compétences professionnelles. Implication des tierces parties dans les processus d'équivalence des ordres professionnels*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/Portrait_TiercesParties2013.pdf
- Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles. (2016a). *Mission d'information. L'organisation et le financement de la formation d'appoint à l'université en réponse à la prescription d'un ordre professionnel*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/RapportFormAppoint_Universites.pdf
- Commissaire aux plaintes en matière de reconnaissance des compétences professionnelles. (2016b). *Mission d'information. L'organisation et le financement de la formation d'appoint à l'enseignement collégial en réponse à prescription d'un ordre professionnel*. https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Commissaire/RapportFormAppoint_Collegial.pdf
- Conseil interprofessionnel du Québec. (2016). *Mémoire sur le Projet de loi No 98 concernant l'admission aux professions réglementées et la gouvernance du système professionnel*. https://professions-quebec.org/wp-content/uploads/2017/03/ciq_memoire_pl98_2016-08-23_vf.pdf
- Conseil interprofessionnel du Québec. (2017). *Résumé historique*. <https://professions-quebec.org/le-systeme-professionnel/origine-et-valeurs-sous-jacentes/resume-historique/>
- Conseil interprofessionnel du Québec. (2019). *Enjeux et solutions. L'intégration professionnelle des personnes immigrantes*. https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYY3Q7Y2h7Qix1Qmll4X3Rf/asset/files/CIQ-Brochure%20du%20G10_high-res.pdf
- Conseil interprofessionnel du Québec. (2020). *Regard sur les motifs d'abandon des diplômés hors Québec à la suite d'une décision de reconnaissance partielle des équivalences de formations et de diplômes par un ordre professionnel. Analyse du Conseil interprofessionnel du Québec*. https://cdn.ca.yapla.com/company/CPYY3Q7Y2h7Qix1Qmll4X3Rf/asset/files/Phase2_LogoQc_ISBN.pdf
- Daigle, J., Dagenais, H., Beaugard, M. et De Koninck, M. (1991). Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XXe siècle. *Recherches féministes*, 4(1), 67-86.
- Dauphinée, W. D. (2007). Credentials Recognition in Medicine: History, progress and lessons. *Canadian Issues*, 100.
- De Larquier, G. et Marchal, E. (2012). La légitimité des épreuves de sélection : apport d'une enquête statistique auprès des entreprises. Dans *Epreuves d'évaluation et chômage*. Octares.
- Desaulniers, K. (2011). *La publicité dans un contexte de diversité culturelle: Regards croisés Québec-France* [M.B.A., Université du Québec à Trois-Rivières (Canada)]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/2274>
- Desrosières, A. et Thévenot, L. (2000). *Les catégories socioprofessionnelles* (4e éd. --e éd.). La Découverte.

- Dilmaghani, M. (2012). Religiosity, human capital return and earnings in Canada. *International Journal of Social Economics*, 39(1/2), 55-80. <https://doi.org/10.1108/03068291211188875>
- Doucet, F. et St-Laurent, G. (2018). Le droit à l'égalité et l'accès aux professions réglementées: bilan contrasté de la jurisprudence canadienne. *McGill Law Journal/Revue de droit de McGill*, 64(2), 213-253.
- Dubar, C. et Tripiet, P. (1998). *Sociologie des professions*. A. Colin.
- Dubois, H. (2019). Les enjeux de la reconnaissance professionnelle au Québec. *Recherches sociographiques*, 60(2), 261-285.
- Dumas-Martin, A. (2014). *L'Entente Québec-France et ses limites : le cas des médecins de famille* [Mémoire, Université de Sherbrooke]. <http://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/5445>
- Dupuis, J.-P. et Segal, J.-P. (2020). Diplôme et mise à l'épreuve des compétences des immigrants qualifiés dans les entreprises : une comparaison France-Québec. *Management international / International Management / Gestión Internacional*, 24(6), 101-113. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1077352ar>
- Dupuy, J.-P. (1989). Convention et common knowledge. *Revue économique*, 361-400.
- Dupuy, J.-P., Eymard-Duvernay, F., Favereau, O., Orléan, A., Salais, R. et Thévenot, L. (1989). Introduction. *Revue économique*, 40(2), 141-146.
- Dupuy, J.-P., Eymard-Duvernay, F., Favereau, O., Orléan, A., Salais, R. et Thévenot, L. (1989). L'économie des conventions. *Revue économique*, 40(2).
- Durand, P. (2013). *Rapport du président du groupe de travail sur la formation de la relève infirmière*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000204/?&date=ASC>
- Durand, S. (2012). *La profession d'infirmière. D'une activité charitable à une véritable profession autonome*. Colloque Alice Girard 2012. https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/qui_sommes_nous/historique/20120516_pr_ofession_infirmiere_95_ans_histoire.pdf
- Dussault, G. (1978a). L'analyse sociologique du professionnalisme au Québec. *Recherches sociographiques*, 19(2), 161-170.
- Dussault, G. (1978b). L'évolution du professionnalisme au Québec. *relations industrielles/industrial relations*, 428-469.
- Dussault, G. (1978c). Les corporations professionnelles face au changement. *relations industrielles/industrial relations*, 33(1), 133-139.
- Dussault, G. (1988). La régulation des professions sanitaires: l'expérience du Québec. *Sociologie et sociétés*, 20(2), 125-139.
- Échavé, V., Beauchemin, A., Dufresne, L., Giguère, M., Keays, J., Lachapelle, k., Lajoie, F., Lalande, R., Langlois, L., Leclerc, S., MacLellan, A.-M., Vézina, L. et Trottier, G. (2009). *Rapport du Groupe de travail pour favoriser une meilleure intégration des médecins diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) qui sont candidats au permis d'exercice régulier de la médecine au Québec*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-910-01.pdf>
- Eid, P., Azzaria, M. et Quérat, M. (2012). *Mesurer la discrimination à l'embauche subie par les minorités racisées: résultats d'un "testing" mené dans le grand Montréal*. Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse, Quebec.
- Emploi-Québec. (2016). *Les chiffres clés de l'emploi au Québec*. http://www.emploiquebec.gouv.qc.ca/uploads/tx_fceqpubform/00_chiffres-cles-emploi_2016.pdf
- Emploi et Immigration Canada. (1977). *Immigrations statistiques*. G. d. Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/mp22-1_1977.pdf
- Emploi et Immigration Canada. (1978). *Immigration statistiques*. G. d. Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/mp22-1_1978.pdf
- Emploi et Immigration Canada. (1979). *Immigration statistiques*. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/mp22-1_1979.pdf
- Emploi et Immigration Canada. (1980). *Immigration Statistiques*. G. d. Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/mp22-1_1980.pdf

- Emploi et Immigration Canada. (1981). *Immigration Statistiques*. G. d. Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/mp22-1_1981.pdf
- Epstein, R. M. et Hundert, E. M. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, 287(2), 226-235. <https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226>
- Essid, Y. (2014). *Construction d'un projet de développement de logiciel en Tunisie: comment puiser des ressources de la culture nationale pour improviser*. HEC Montreal (Canada).
- Eymard-Duvernay, F. (1987). Les entreprises et leurs modèles. *Cahiers du CEE*, 30.
- Eymard-Duvernay, F. (1989). Conventions de qualité et formes de coordination. *Revue économique*, 329-359.
- Eymard-Duvernay, F. (2005). *Défauts de coopération et chômage: une théorie institutionnaliste*. Centre d'études de l'emploi.
- Eymard-Duvernay, F. (2006). *L'économie des conventions, méthodes et résultats*. La Découverte.
- Eymard-Duvernay, F. (2008). Justesse et justice dans les recrutements. *Revue française de sciences sociale Formation Emploi*, (101). <https://doi.org/https://doi.org/10.4000/formationemploi.1051>
- Eymard-Duvernay, F. (2012a). Du chômage keynésien au chômage d'exclusion. Dans *Epreuves d'évaluation et chômage*. Octares.
- Eymard-Duvernay, F. (2012b). *Epreuves d'évaluation et chômage*. Octares.
- Eymard-Duvernay, F. et Marchal, E. (1997). *Façons de recruter: le jugement des compétences sur le marché du travail*. Editions Métailié.
- Eymard-Duvernay, F. et Remillon, D. (2012). Généalogies du chômage : les biographies professionnelles comme parcours d'épreuves. Dans O. Éditions (dir.), *Epreuves d'évaluation et chômage*.
- Favereau, O. (1989). Marchés internes, marchés externes. *Revue économique*, 273-328.
- Favereau, O. (1997). Contrat, compromis, convention: point de vue sur les recherches récentes en matière de relations industrielles. . Dans *L'Etat des relations professionnelles: Traditions et perspectives de la recherche*. Murray, G., Morin, M. L., Costa, I. D., & Weiss, D. .
- Ferrer, A. et Riddell, W. C. (2008). Education, credentials, and immigrant earnings [Article]. *Canadian Journal of Economics*, 41(1), 186-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2966.2008.00460.x>
- Fleury, C., Bélanger, D. et Lechaume, A. (2020). Réformes de l'immigration au Québec en 2019 et 2020: La logique politique à l'épreuve de l'analyse statistique. *Canadian Review of Sociology/Revue canadienne de sociologie*. <https://onlinelibrary-wiley-com.acces.bibl.ulaval.ca/doi/epdf/10.1111/cars.12293>
- Forcier, M. et Handal, L. (2012). *L'intégration des immigrants et immigrantes au Québec*. Institut de recherche et d'informations socio-économiques.
- Fortin, M., Côté, J. et Filion, F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. 2010. Montréal, Québec: Chenelière.
- Fortin, S. et Piche, V. (2004). *Un siècle d'immigration au Québec: de la peur à l'ouverture*. Conférence Métropolis Atlantique.
- Frank, J. R. (2005). *Le Cadre de compétences CanMEDS 2005 pour les médecins. L'excellence des normes, des médecins et des soins*. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. <https://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f>
- Frank, J. R. et Danoff, D. (2007). The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical teacher*, 29(7), 642-647.
- Frank, J. R., Snell, L., Sherbino, J. et Boucher, A. (2015). *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. http://canmeds.royalcollege.ca/uploads/fr/cadre/CanMEDS%202015%20Framework_FR_Reduced.pdf
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*. Payot.
- Freidson, E. (1986). *Professional powers : a study of the institutionalization of formal knowledge*. University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. University of Chicago Press.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn: Theory, prophecy, and policy*. University of Chicago Press.

- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic*. Chicago: Chicago University Press.
- Gagnon, J. (2014). [Quebec]. *Recherche en soins infirmiers*, 119(4), 59-62. <https://doi.org/10.3917/rsi.119.0059>
- Galarneau, D. et Morissette, R. (2004). *Les immigrants sont-ils perdants?*
- Galarneau, D. et Morissette, R. (2008). *Scolarité des immigrants et compétences professionnelles requises*. Statistique Canada.
- Gauthier, B. (2003). La structure de la preuve. Dans *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Gauthier, B. (Dir.) (5^{es} éd., p. 169-198). Presses de l'Université du Québec.
- Ghirardello, A. (2002). Comment dévoiler les pratiques discriminatoires au travail? Le rôle d'une association. *Revue internationale de l'économie sociale: Recma*, (286), 81-91.
- Ghirardello, A. (2005). De l'évaluation des compétences à la discrimination: une analyse conventionnaliste des pratiques de recrutement. *Revue de gestion des ressources humaines*, 56, 36-48.
- Ghirardello, A. et Van Der Plancke, V. (2006). 8. Analyse de la discrimination à l'embauche. Pluraliser les actions positives pour réviser les conventions. Dans *L'économie des conventions, méthodes et résultats* (p. 145-158). La Découverte.
- Gilbert, P. (2006). La compétence : concept nomade, significations fixes. *Psychologie du travail et des organisations*, 12(2), 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.pto.2006.01.004>
- Girard, C. (2006). *Effets des pratiques de gestion des ressources humaines sur la performance organisationnelle des PME agroalimentaires Québécoises: Approche de contingence axée sur la diversité culturelle* [M.Sc., Université du Québec à Trois-Rivières (Canada)]. https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/thesescanada/vol2/002/MR20422.PDF?oclc_number=228666786
- Girard, M. (2010). *Economic integration of immigrants to Canada and foreign credential recognition* [McGill University]. Érudit. http://digitool.library.mcgill.ca/R/-?func=dbin-jump-full¤t_base=GEN01&object_id=95095
- Girard, M. et Smith, M. (2013). Working In a Regulated Occupation in Canada: An Immigrant–Native Born Comparison. *Journal of International Migration and Integration*, 14(2), 219-244. <https://doi.org/10.1007/s12134-012-0237-5>
- Girard, M., Smith, M. et Renaud, J. (2008). Intégration économique des nouveaux immigrants : adéquation entre l'emploi occupé avant l'arrivée au Québec et les emplois occupés depuis l'immigration. [Article]. *Canadian Journal of Sociology*, 33(4), 791-814.
- Godin, J.-F. et Pinsonneault, G. (2004). *L'insertion en emploi des travailleurs admis au Québec en vertu de la grille de sélection de 1996*. Direction de la population et de la recherche, Relations avec les citoyens
- Gomez, P.-Y. (1995). Des règles du jeu pour une modélisation conventionnaliste. *Revue française d'économie*, 10(3), 137-171. <https://doi.org/10.3406/rfec.1995.987>
- Gomez, P.-Y. (1997). Information et conventions: le cadre du modèle général. *Revue française de gestion*, 64-77.
- Gomez, P.-Y. et Jones, B. C. (2000). Conventions: An Interpretation of Deep Structure in Organizations. *Organization Science*, 11(6), 696-708.
- Goulet, D. et Gagnon, R. (2014). *Histoire de la médecine au Québec, 1800-2000 : de l'art de soigner à la science de guérir*. Septentrion.
- Gouvernement du Québec. (1991). *L'immigration, l'accord Canada-Québec* (publication n° 0660933381).
- Gouvernement du Québec. (2017). *Rencontre sur l'accès aux professions réglementées et à l'emploi pour les professionnels immigrants formés hors Québec. Cahier des participants*.
- Green, D. A. et Worswick, C. (2012). Immigrant earnings profiles in the presence of human capital investment: Measuring cohort and macro effects. *Labour Economics*, 19(2), 241.
- Guay, L. et Gagnon, É. (1988). Légitimité professionnelle et reconnaissance sociale: l'exemple des ingénieurs forestiers du Québec. *Sociologie et sociétés*, 20(2), 141-162.
- Guerfel-Henda, S. et Broussillon, G.-A. (2011). Evaluation et mesure des politiques de diversité culturelle. *Revue Management & Avenir*, (43), 239-252.

- Guo, S. (2007). Tracing the roots of non-recognition of foreign credentials. *Canadian Issues*, 36.
- Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension* (1st éd.). Doubleday.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond culture* (1st éd.). Anchor Press.
- Hampden-Turner, C., Trompenaars, F. et Hampden-Turner, C. (2020). *Riding the waves of culture: Understanding diversity in global business*. Hachette UK.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences, international differences in work-related values*. Sage Publications.
- Hofstede, G. et Bond, M. H. (1988). The Confucius connection: From cultural roots to economic growth. *Organizational dynamics*, 16(4), 5-21.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J. et Minkov, M. (2010). *Cultures et organisations : comprendre nos programmations mentales* (3^e éd. éd.). Pearson.
- Houle, F. (2017). *Développements récents sur l'admission aux professions : adoption du projet de loi 98*. Conférence multidisciplinaire internationale. L'accès aux professions réglementées à l'épreuve de la mobilité internationale, Université de Montréal. <http://paprica-droit.umontreal.ca/fr/conference-2017/>
- Imai, S., Stacey, D. et Warman, C. (2019). From engineer to taxi driver? Language proficiency and the occupational skills of immigrants. *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économie*, 52(3), 914-953.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2016). *Le personnel infirmier réglementé 2015*.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2019). *Les médecins au Canada. 2018*. <https://www.cihi.ca/fr/les-medecins-au-canada>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *Le personnel infirmier au Canada, 2019*. <https://www.cihi.ca/fr/le-personnel-infirmier-au-canada-2019>
- Institut de la statistique du Québec. (2021). *État du marché du travail au Québec*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/etat-du-marche-du-travail-au-quebec-bilan-de-lannee-2020.pdf>
- Iribarne, P. d. (1993). *La logique de l'honneur : gestion des entreprises et traditions nationales*. Éditions du Seuil.
- Iribarne, P. d. (2015). *La logique de l'honneur. Gestion des entreprises et traditions nationales*. Média Diffusion.
- Iribarne, P. d. et Henry, A. (2003). *Le Tiers-Monde qui réussit : nouveaux modèles*. O. Jacob.
- Johnson, T. J. (2016). *Professions and Power (Routledge Revivals)*. Routledge.
- Kane, M. T. (1992, June 1, 1992). The Assessment of Professional Competence. *Evaluation & the Health Professions*, 15(2), 163-182. <https://doi.org/10.1177/016327879201500203>
- Kelly, P., Marcelino, L. et Mulas, C. (2014). *Synthèse de la recherche sur la reconnaissance des titres de compétences étrangers de 2009 à 2013*. http://ceris.ca/wp-content/uploads/2015/01/CERIS_Research_Synthesis_Foreign_Credential_Recognition_French.pdf
- Keynes, J. M. (2003). *Théorie générale de l'emploi, de l'intérêt et de la monnaie* [Disponible en format Word, PDF et en texte enrichi (RTF)]. Bibliothèque Paul-Émile Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi. http://classiques.ugac.ca/classiques/keynes_john_maynard/theorie_gen_emploi/theorie_emploi.html
- Kirat, T. et Raveaud, G. (2002). Philippe Batifoulier (dir.), *Théorie des conventions*. Paris, Economica, 2001. *Économie et institutions*, (1).
- Klink, M. v. d. et Boon, J. (2002). The investigation of competencies within professional domains. *Human Resource Development International*, 5(4), 411-424. <https://doi.org/10.1080/13678860110059384>
- Knowles, V. (2000). *Les artisans de notre patrimoine [ressource électronique]: la citoyenneté et l'immigration au Canada de 1900 à 1977*. Citoyenneté et immigration Canada.
- Lacroix, G. (2013). L'intégration en emploi des immigrants de la catégorie des travailleurs qualifiés au Québec, 2002-2009. *Rapport ETQ*, 1-48.
- Lacroix, J., Gagnon, A. et Lortie, V. (2017). À l'intersection du genre et de l'origine nationale: quels sont les parcours professionnels des immigrants sélectionnés au Québec? *Population*, 72(3), 435-462.
- Lallement, M. (2012). *Histoire des idées sociologiques* (4^e éd. éd.). Armand Colin.

- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans G. M. Éditeur (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 365-388).
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Gauthier, B. (Dir.) (5^{ème} éd., p. 311-336). Presses de l'Université du Québec.
- Larson, M. S. (2013). *The rise of professionalism : monopolies of competence and sheltered markets*. Transaction Publishers.
- Le Boterf, G. (1994). *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Éditions d'Organisation.
- Le Deist, F. D. et Winterton, J. (2005). What Is Competence? *Human Resource Development International*, 8(1), 27-46. <https://doi.org/10.1080/1367886042000338227>
- Legault, D., Bordeleau, Y., Lessard, L. et Mercier, É. R. (2005). *Rapport du groupe de travail sur l'accès aux professions et métiers réglementés*. <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/AccesProfessionsMetiers-Rapport200502.pdf>
- Lewis, D. K. (1969). *Convention: a philosophical study*. Harvard University Press.
- Livian, Y.-F. (2018). Chapitre 4. Le portefeuille des méthodes de recherche terrain : méthodes qualitatives, méthodes quantitatives et mixtes. Dans *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 66-86). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0066>
- Livian, Y. (2011). Pour en finir avec Hofstede. Dans. Conférence francophone sur le management international.
- Lofters, A., Slater, M., Fumakia, N. et Thulien, N. (2014). "Brain drain" and "brain waste": experiences of international medical graduates in Ontario. *Risk management and healthcare policy*, 7, 81.
- Lum, L. et Vu, J. (2020). How Official Language and Country of Origin Impacts Health Workforce Integration in Canada. *Medical Research Archives*, 8(6).
- Madi, S. (2018). L'association entre la région d'origine et l'état de faible revenu au Canada. *L'Actualité Économique*, 94(1), 29-53.
- Main-d'oeuvre et Immigration. (1975). *Immigration statistiques*. G. d. Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/mp22-1_1975.pdf
- Main-d'oeuvre et Immigration. (1976). *Immigration statistiques*. G. d. Canada. http://epe.lac-bac.gc.ca/100/202/301/immigration_statistics-ef/mp22-1_1976.pdf
- Merchiers, J. et Pharo, P. (1990). Compétence et connaissance expertes. Propriétés publiques et cognitives-pratiques. *Sociétés contemporaines*, 4(1), 89-108. <https://doi.org/10.3406/socco.1990.977>
- Milner, R. J., Gusic, M. E. et Thorndyke, L. E. (2011). Perspective: Toward a competency framework for faculty. *Academic Medicine*, 86(10), 1204-1210.
- Minister of Public Services and Procurement. (2021). *Public Accounts of Canada 2021. Details of Expenses and Revenues*. https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/public_accounts_can/pdf/2021/P51-1-2021-2-eng.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2013). *Programme de l'expérience québécoise. Rapport d'évaluation*. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/divers/Rapport_Evaluation_PEQ.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2014). *Profession projetée (CNP) des immigrants actifs de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés admis au Québec de 1995 à 2013*.
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2016a). *La planification de l'immigration au Québec pour la période 2017-2019. Cahier de consultation*. Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_Consultation_PlanificationImmigration.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2016b). *Politique québécoise en matière d'immigration, de participation et d'inclusion intitulée "Ensemble nous sommes le Québec"*. Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/Politique_ImmigrationParticipationInclusion.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2016c). *Portrait statistique. L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes. 2011-2015*.

- http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_categories_2011-2015.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2016d). *Stratégie d'action en matière d'immigration, de participation et d'inclusion 2016-2021*. Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/dossiers/Strategie_ImmigrationParticipationInclusion.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2017a). *Guide des procédures d'immigration. Composante 3. Programme de recrutement et de sélection des candidats à l'immigration économique. Chapitre 1. Le programme régulier de sélection des candidats travailleurs qualifiés*. Ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion. http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/gpi-npi/composantes_3/gpi-3-1.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2017b). *Liste des professions pour lesquelles un arrangement de reconnaissance mutuelle a été signé*. <http://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/arm/Liste-professions-ARM.pdf>
- Ministère de l'Immigration de la Diversité et de l'Inclusion. (2019). *Consultation publique 2019. La planification de l'immigration au Québec pour la période 2020-2022. Cahier de consultation*. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/BRO_Consultation_PlanificationImmigration.pdf
- Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration. (2020a). *Consultation sur le Programme de l'expérience québécoise (PEQ). Publication des mémoires*. <http://www.mifi.gouv.qc.ca/fr/dossiers/consultation-peq.html>
- Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration. (2020b). *Tableaux de l'immigration permanente au Québec. 2015-2019*. <http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Immigration-Quebec-2015-2019.pdf>
- Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration. (2021a). *2021. Présence et portraits régionaux des personnes immigrantes admises au Québec de 2010 à 2019*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/immigration/publications/fr/recherches-statistiques/PUB_Presence_Personnes_immigrantes_2021.pdf?1661955652
- Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration. (2021b). *Caractéristiques des travailleurs qualifiés admis, professions hospitalières, au Québec, 2008 à 2018*.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (1990). *Au Québec pour bâtir ensemble: Énoncé de politique en matière d'immigration et d'intégration*. Direction générale des politiques et programmes. Direction des communications du Ministère des communautés culturelles et de l'immigration du Québec.
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2007). *Tableaux sur l'immigration au Québec. 2002-2006*. <http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Immigration-Quebec-2002-2006.pdf>
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2011). *Caractéristiques de l'immigration au Québec - Statistiques*. <http://www.midi.gouv.qc.ca/publications/fr/planification/caracteristiques-immigration-20122015.pdf>
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2012). *Portraits statistiques. L'immigration permanente au Québec selon les catégories d'immigration et quelques composantes. 2006-2010*. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_categories_2006_2010_1.pdf
- Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles. (2014). *L'immigration au Québec. Le rôle du ministère de l'Immigration, de la Diversité et de l'Inclusion et de ses partenaires. Document de référence. Consultation publique 2015. Vers une nouvelle politique québécoise en matière d'immigration, de diversité et d'inclusion*.
- Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2019). *État d'équilibre du marché du travail - Diagnostic pour 500 professions. Édition 2018*. https://www.emploiquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/pdf/Publications/00_etat_equilibre.pdf

- Ministère du Travail de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Emploi-Québec. (2021). *État d'équilibre du marché du travail. Mise à jour des diagnostics de moyen terme (2023) pour les 500 professions de la classification nationale des professions*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/travail-emploi-solidarite-sociale/publications-adm/rapport/RA-diagnostic_professions.pdf?1619463185
- Minkov, M. (2009). Predictors of differences in subjective well-being across 97 nations. *Cross-Cultural Research*, 43(2), 152-179.
- Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives*, 1, 7-40.
- Namululi, N., Bagaoui, R. et Hemedzo, K. (2018). Analyse intersectionnelle des défis et enjeux des inégalités sociales sur le marché du travail : l'expérience de vingt femmes congolaises résidant au Québec et en Ontario. *Reflets*, 24(1), 98-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1051522ar>
- Neiterman, E. et Bourgeault, I. L. (2015). The shield of professional status: Comparing internationally educated nurses' and international medical graduates' experiences of discrimination. *Health*, 19(6), 615-634.
- Novak, L. et Chen, C. P. (2013). Career development of foreign trained immigrants from regulated professions. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 13(1), 5-24.
- OCDE. (2015). *Perspectives des migrations internationales 2015* (OCDE^e éd.). http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-fr
- OECD. (2019). *Recent trends in international migration of doctors, nurses and medical students*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students_5571ef48-en
- Office des professions du Québec. (2014). *Formation et stages prescrits par les ordres professionnels québécois. État de situation préparé pour le Pôle de coordination pour l'accès à la formation prescrite par les ordres professionnels ainsi qu'aux stages* Gouvernement du Québec. <https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Professionnels formes hors du Quebec/Pole de coordination/Etat de situation-Pole-Formation stages.pdf>
- Office des professions du Québec. (2016). *ordres professionnels*. <http://www.opq.gouv.qc.ca/ordres-professionnels/>
- Office des professions du Québec. (2017). *Le Commissaire à l'admission aux professions*. <https://www.opq.gouv.qc.ca/commissaire/>
- Ogden, D. T., R. O. J. et Hope Jensen, S. (2004). Exploring the Impact of Culture and Acculturation on Consumer Purchase Decisions: Toward a Microcultural Perspective: [1]. *Academy of Marketing Science Review*, 2004, 1.
- Ogilvie, L., Leung, B., Gushuliak, T., McGuire, M. et Burgess-pinto, E. (2007). Licensure of Internationally Educated Nurses Seeking Professional Careers in the Province of Alberta in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 8(2), 223-241. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s12134-007-0015-y>
- 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.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1999). *Le plan directeur de l'examen professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Notre profession prend une nouvelle dimension. Des pistes pour mieux comprendre la loi sur les infirmières et les infirmiers et en tirer avantage dans notre pratique*. OIIQ. https://www.oiiq.org/sites/default/files/149_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2007). *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009a). *Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière : compétences initiales* (2e éd^e éd.). Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2009b). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2008-2009*. http://www.oiiq.org/uploads/publications/statistiques/stats2009/portrait_sommaire_2008-2009.pdf

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2012). *La relève infirmière. Une profession. Une formation.* https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/l_ordre/dossiers_strategiques/OIIQ_sommaire_releve_infirmiere_du_quebec.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). *MÉMOIRE DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC ADOPTÉ LE 2 SEPTEMBRE 2016 ET PRÉSENTÉ À LA COMMISSION DES INSTITUTIONS* Projet de loi no 98 : Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017a). *Les infirmières et infirmiers formés à l'extérieur du Canada.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/infirmieres-hors-canada-sept2017-final.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2017b). *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/Historique.* <http://www.oiiq.org/lordre/qui-sommes-nous/historique>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2019). *Rapport statistique de l'effectif infirmier 2018-2019.* https://www.oiiq.org/documents/20147/3410233/Rapport_statistique_2018-2019.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2020). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2019-2020.* <https://www.oiiq.org/documents/20147/9565847/Rapport-statistique-2019-2020.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021a). *Pratique professionnelle. Cadres de référence. La mosaïque des compétences.* <https://www.oiiq.org/mosaïque-des-compétences-cliniques-de-l-infirmière-compétences-initiales-2e-edition>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2021b). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière 2020-2021.* https://oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf
- Oreopoulos, P. (2011). Why Do Skilled Immigrants Struggle in the Labor Market A Field Experiment with Thirteen Thousand Resumes. *American Economic Journal: Economic Policy*, 3(4), 148-171. <https://doi.org/10.1257/pol.3.4.148>
- Orléan, A. (1989). Pour une approche cognitive des conventions économiques. *Revue économique*, 241-272.
- Osaze, E. D. (2017). The non-recognition or devaluation of foreign professional immigrants credentials in Canada: The impact on the receiving country (Canada) and the immigrants.
- Otmani, R. (2020). Discrimination à l'embauche et sentiment de racisme : le cas des médecins algériens à Montréal. *Nouvelles pratiques sociales*, 31(2), 82-10. <https://doi.org/10.7202/1076646ar>
- Ozkan, U. (2020). Réglementations professionnelles et reconnaissance des qualifications de pharmaciens formés à l'étranger. *Diversité urbaine*, 20(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1084963ar>
- Ozkan, U. R. (2018). Foreign Qualification Recognition Regimes for Internationally Trained Professionals: the Case of Pharmacists. *Journal of International Migration and Integration*, 19(2), 367-389. <https://doi.org/10.1007/s12134-018-0552-6>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). L'analyse thématique. Dans *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (vol. 2^e Édition, p. 161-210). Armand Colin.
- Paquet, M. (2020). La « sélection efficace » des immigrants : paradigme de la mobilité et légitimité de l'État québécois. *Diversité urbaine*, 20(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/1068222ar>
- Parant, M. (2001). *Les politiques d'immigration du Canada: stratégies, enjeux et perspectives.* Sciences Po, Centre d'études et de recherches internationales.
- Parent, D. et Worswick, C. (2004). *Qualifications et immigration: réforme de la grille d'admission du Québec et composition de la population d'immigrants s' établissant au Québec.* CIRANO.
- Paugam, S. (2018). *L'enquête sociologique.* Presses universitaires de France.
- Pellerin, H. (2008). *Les politiques migratoires: vers un changement de paradigme.* Centre Métropolis du Québec-Immigration et métropoles (CMQ-IM).
- Petitot, A. (1989). *Les infirmières : de la vocation à la profession.* Boréal Express.
- Piché, V. (2004). Immigration et intégration dans les pays développés : un cadre conceptuel. Dans *Démographie: analyse et synthèse, VI population et société* (p. 159-178). Éditions de L'Institut national d'études démographiques.
- Picot, G., Hou, F. et Qiu, T. (2014). *Le modèle de sélection selon le capital humain et les résultats économiques à long terme des immigrants.* Statistique Canada, Direction des études analytiques.

- Pierre, P. et Chanlat, J.-F. (2018). *Le management interculturel: évolution, tendances et critiques*. Éditions EMS.
- Pires, A. J. G. (2015). Brain drain and brain waste. *Journal of Economic Development*, 40(1), 1.
- Posca, J. (2016). *Portrait du revenu et de l'emploi des personnes immigrantes*. http://iris-recherche.s3.amazonaws.com/uploads/publication/file/line_galite_s_immigration_WEB.pdf
- Pourtois, J.-P., Desmet, H. et Lahaye, W. (2006). Postures et démarches épistémiques en recherche. *La méthodologie qualitative. Postures de recherche et travail de terrain*, 169-200.
- Primeau, M.-D. (2015). *Les facteurs explicatifs de la réussite de l'intégration et de la rétention des infirmières diplômées hors Québec* [Université de Montréal]. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/12307/Primeau_Marie-Douce_2014_these.pdf?sequence=6&isAllowed=y
- Primeau, M.-D., Champagne, F. et Lavoie-Tremblay, M. (2014). Foreign-Trained Nurses' Experiences and Socioprofessional Integration Best Practices: An Integrative Literature Review. *The Health Care Manager*, 33(3), 245.
- Québec, G. d. (2002). Projet de loi 90. Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. *Gazette officielle du Québec*, 134(52).
- Raza, M., Beaujot, R. et Woldemicael, G. (2013). Social Capital and Economic Integration of Visible Minority Immigrants in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 14(2), 263-285. <https://doi.org/10.1007/s12134-012-0239-3>
- Reitz, J., Curtis, J. et Elrick, J. (2014, 2014/02/01). Immigrant Skill Utilization: Trends and Policy Issues. *Journal of International Migration and Integration*, 15(1), 1-26. <https://doi.org/10.1007/s12134-012-0265-1>
- Reitz, J. G. (2001). Immigrant skill utilization in the Canadian labour market: Implications of human capital research. *Journal of International Migration and Integration*, 2(3), 347-378.
- Renaud, J. et Cayn, T. (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.
- Renaud, J., Germain, A. et Leloup, X. (2004). *Racisme et discrimination: Permanence et résurgence d'un phénomène inavouable*. [Québec]: Presses de l'Université Laval.
- Roy, S. (2003). L'étude de cas. Dans *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Gauthier, B. (Dir.) (5^{ème} éd., p. 199-226).
- Royal College. (2017). *À propos de CanMEDS*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about-canmeds-f>
- Salais, R. (1989). L'analyse économique des conventions du travail. *Revue économique*, 199-240.
- Savoie-Zajc, L. (2003). L'entrevue semi-dirigée. Dans *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Gauthier, B. (Dir.) (5^{ème} éd., p. 337-360). Presses de l'Université du Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données*, 5, 337-360.
- Schnapper, D. (2007). *Qu'est-ce que l'intégration?* Gallimard.
- Sen, A. (1995). *Inequality reexamined*. Harvard University Press.
- Shan, H. (2013). Skill as a relational construct: hiring practices from the standpoint of Chinese immigrant engineers in Canada. *Work, Employment and Society*, 27(6), 915-931. <https://doi.org/10.1177/0950017012474710>
- Sharif, N. R. (2011). Occupational Attainment And The Earnings Of Native-Born And Foreign-Born Canadians. *The International Business & Economics Research Journal*, 10(10), 123-129.
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data: Methods for analyzing talk, text and interaction*. Sage.
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research* (Fourth edition.° éd.).
- Slaoui, H. (2008). Les travailleurs immigrants sélectionnés et l'accès à un emploi qualifié au Québec.
- Spence, M. (1973). JOB MARKET SIGNALING [Article]. *Quarterly Journal of Economics*, 87(3), 355-374. <https://doi.org/10.2307/1882010>
- Spence, M. (1974). *Market signaling : informational transfer in hiring and related screening processes*. Harvard University Press.

- Statistique Canada. (2021a). *Recensement de la population*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2021b). *Tableau 14-10-0083-01 Caractéristiques de la population active selon le statut d'immigrant, données annuelles*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410008301&pickMembers%5B0%5D=1.7&pickMembers%5B1%5D=3.8&pickMembers%5B2%5D=4.1&cubeTimeFrame.startYear=2006&cubeTimeFrame.endYear=2020&referencePeriods=20060101%2C20200101>
- Suchman, M. C. (1995). Managing Legitimacy: Strategic and Institutional Approaches. *The Academy of Management Review*, 20(3), 571-610. <https://doi.org/10.2307/258788>
- Tannenbaum, D., Konkin, J., Parsons, E., Saucier, D., Shaw, L., Walsh, A., Kerr, J. et Organeck, A. (2009). *Rôles CanMEDS - Médecine familiale - Cadre des compétences pour les médecins de famille*. Le Collège des médecins de famille du Canada.
- Thévenot, L. (1989). Equilibre et rationalité dans un univers complexe. *Revue économique*, 147-197.
- Tremblay, C. (2018). La transition professionnelle d'infirmières immigrantes de la région de Québec.
- Tremblay, D.-G. (2014). *Infirmière: vocation, engagement et parcours de vie*. Les Éditions du remue-ménage.
- Tremblay, J.-M. (2005). Jean Renaud et Tristan Cayn, Un emploi correspondant à ses compétences? Les travailleurs sélectionnés et l'accès à un emploi qualifié au Québec.
- Vallée, S. (2016). *Projet de loi n°98 : Loi modifiant diverses lois concernant principalement l'admission aux professions et la gouvernance du système professionnel*. <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-98-41-1.html>
- Van Kleef, J. et Werquin, P. (2013). PLAR in nursing: Implications of situated learning, communities of practice and consequential transition theories for recognition. *Journal of International Migration and Integration*, 14(4), 651-669.
- Vasik, J. (2019). Integration of Internationally Educated Nurses in Canada: Barriers and Favourable Factors.
- Vérificateur général du Québec. (2011). *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011*. https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2010-2011-T1/fr_Rapport2010-2011-T1-Chap03.pdf
- Walton-Roberts, M. (2020). Occupational (im) mobility in the global care economy: the case of foreign-trained nurses in the Canadian context. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(16), 3441-3456.
- Wheeldon, J. et Faubert, J. (2009). Framing experience: Concept maps, mind maps, and data collection in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(3), 68-83.
- Wittorski, R. (1998). De la fabrication des compétences. *Education permanente*, 135, 57 à 69.
- Zietsma, D. (2010). Immigrants exerçant des professions réglementées. Dans. Statistique Canada. <http://www.statcan.gc.ca/pub/75-001-x/2010102/pdf/11121-fra.pdf>

Annexe 1 Guide d'entrevue IDHQ et DHCEU



L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Guide d'entrevue DHCEU/IDHQ

Bonjour,

Tout d'abord, merci de votre participation à notre étude. Nous sommes ici pour parler de votre expérience, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si une question ne vous semble pas claire, n'hésitez pas à demander des précisions.

Je vous rappelle que tout votre nom restera confidentiel. Je serai la seule chercheuse qui aura accès à vos données.

Si vous êtes d'accord, l'entrevue sera enregistrée.

Thème 1 – Portrait du répondant

Pour commencer, j'aimerais avoir quelques renseignements qui permettront de dresser un portrait des répondants :

Nom :	Requérant principal ou accompagnateur :
Prénom :	Durée des démarches d'immigration :
Âge :	Date d'arrivée :
Pays de naissance :	Ville d'arrivée :
Pays de diplomation :	Ville de résidence :
Profession aujourd'hui :	Situation matrimoniale à l'arrivée :
Profession avant le départ :	Nombre d'enfants :
Pays de départ :	

Thème 2 – Parcours avant l'arrivée au Québec

- Pour mieux comprendre votre parcours, pourriez-vous commencer par me parler de la profession de médecin/infirmière dans votre pays d'origine ? (Présence d'un ordre professionnel ou association, permis ou autorisation d'exercice, temps que durent les études, comment se passent les évaluations, employeur privé ou public, CNP, ...)

- Vous avez choisi de venir vous installer au Québec. Pourriez-vous me dire ce qui vous a décidé pour cette destination et quelles ont été vos démarches ? Quelles étaient vos attentes professionnelles ? (Démarches immigration, temps, information, réseau, chronologie, séjour préparatoire, choix de la ville d'arrivée, etc)

(Pour les médecins uniquement) Vous souvenez-vous avoir signé un document particulier concernant votre profession lors de votre demande de certificat de sélection du Québec, un document intitulé « Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des Etats-Unis » ? (Laisser parler le participant puis lui montrer le document). Qu'avez-vous pensé de ce document ? Ce document a-t-il remis en question votre projet migratoire et professionnel ?

- Avez-vous commencé vos démarches auprès de votre ordre professionnel avant de partir, parallèlement à vos démarches d'immigration ?

Si oui

- Pouvez-vous m'expliquer en détail comment se sont passées vos démarches auprès de votre ordre professionnel au Québec ? (Prise d'information, disponibilité de l'information, démarches auprès de l'ordre, accessibilité de l'information ou possibilité d'échanger par courriel ou par téléphone avec quelqu'un, utilisation de réseaux, séances d'informations, niveau de français, etc) ?

Thème 3 – Parcours après l'arrivée au Québec

- Une fois arrivé(e) au Québec, quelles ont été vos démarches pour votre intégration professionnelle ?
- Pouvez-vous m'expliquer en détail comment se sont passées vos démarches auprès de votre ordre professionnel au Québec ? (Prise d'information, disponibilité de l'information, démarches auprès de l'ordre, accessibilité de l'information ou possibilité d'échanger par courriel ou par téléphone avec quelqu'un, utilisation de réseaux, séances d'informations, niveau de français, etc) ?
- Comment s'est déroulé le processus de reconnaissance de vos compétences ? (Acteurs concernés, formation complémentaire, stage, mise à niveau, études à reprendre, etc)
- Connaissez-vous le Commissaire aux plaintes ?
- Que pensez-vous des démarches à faire, du temps et des coûts associés à l'évaluation de vos compétences et à votre mise à niveau ?

Thème 4 – Exercice de la profession

- Pensez-vous que vous étiez bien informés avant de venir vous installer au Québec ? (Prise d'information du participant, disponibilité et accessibilité de l'information)
- Quelle(s) stratégie(s) avez-vous mise(s) en œuvre pour trouver un emploi ?
- Combien et quels types d'emplois avez-vous occupé depuis votre arrivée au Québec ?
- Comment s'est passée votre intégration en emploi ? (Profession, collègues, hiérarchie, patients, etc)

Thème 5 – Parcours d'évaluation des compétences (schéma)

Voici un schéma-type du parcours d'évaluation des compétences et de reconnaissance des acquis pour obtenir le permis d'exercice d'un ordre professionnel au Québec. Pouvez-vous me dire s'il correspond bien à votre parcours ?

Si oui, pouvez-vous ajouter plus de détails ? Si non, qu'est-ce qui ne correspond pas ?

Où se situent les blocages et qu'est-ce qui vous a pris le plus de temps, d'énergie ?

Annexe 2 Guide d'entrevue acteurs



L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Guide d'entrevue acteurs

Bonjour,

Tout d'abord, merci de votre participation à notre étude. Nous sommes ici pour parler de votre expérience, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si une question ne vous semble pas claire, n'hésitez pas à demander des précisions.

Je vous rappelle que tout votre nom restera confidentiel. Je serai la seule chercheuse qui aura accès à vos données.

Si vous êtes d'accord, l'entrevue sera enregistrée.

Thème 1 – Portrait du répondant

Pour commencer, j'aimerais avoir quelques renseignements qui permettront de dresser un portrait des répondants :

Nom :	Département / Service :
Prénom :	Fonction :
Organisation :	Ancienneté dans la fonction :

- Pouvez-vous me dire quelles sont vos responsabilités ? (Décisionnaire, donne des avis, évaluation, etc.)

Thème 2 – Parcours avant l'arrivée au Québec

- Pouvez-vous me dire comment se passe l'évaluation et la sélection des dossiers des immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés ?

- Pouvez-vous m'expliquer comment sont établies les grilles de sélections des immigrants de la sous-catégorie des travailleurs qualifiés ? (Quels critères, avec quel(s) autre(s) acteur(s), modification, etc.) ?

- Comment sont informés les candidats à l'immigration des procédures de reconnaissance et d'évaluation des compétences pour l'obtention d'un permis d'exercice du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ? (Outils, médias, notes d'information, sites internet, ...)

- Comment vous assurez-vous de la transmission et de la compréhension de l'information sur les professions de médecins et infirmières au Québec (durée, coûts, exigences, etc.) ?

- Voici le formulaire que doivent signer les médecins lors de leur demande de certificat de sélection du Québec (document intitulé « Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des Etats-Unis » remis au candidat). Connaissez-vous de ce document ?

- Selon votre expérience, quand les médecins et les infirmières immigrant commencent-ils les démarches de reconnaissance de leurs compétences ?

Thème 3 – Parcours après l'arrivée au Québec

- Où et comment les médecins et infirmières immigrants ont-ils accès à l'information sur l'accès à leur profession (durée, coûts, exigences, etc.) ?

- Comment sont évaluées les compétences professionnelles des médecins et des infirmières immigrants ? (Quels critères, quel référentiel, quelles compétences, etc.)

- Existe-t-il une liste comparative des syllabus ou diplômes des autres facultés de médecines et sciences infirmières hors Canada et Etats-Unis ?
- Quels sont les acteurs impliqués dans l'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec ?
- Pourquoi certains médecins doivent recommencer leur résidence pour exercer une profession qu'ils exerçaient dans leur pays d'origine ?
- Quel est le parcours d'évaluation et de reconnaissance des médecins et des infirmières immigrants ?

Thème 4 – Exercice de la profession

- Les dossiers des immigrants reçus font-ils l'objet d'une évaluation après leur arrivée au Québec ? (Font-ils une demande de reconnaissance auprès de leur ordre professionnel, combien sont reconnus complètement, partiellement, pas du tout, exercent-ils leur profession, etc.)
- Comment se passe l'accès aux stages pour les médecins et infirmières immigrants ?
- Une fois que l'étape de l'évaluation et de la reconnaissance des compétences est passée, quelles sont les démarches que doivent réaliser les médecins et infirmières immigrantes pour obtenir un permis d'exercice ?
- L'obtention d'un permis d'exercice est-elle garante d'un emploi pour les médecins et les infirmières immigrants ?
- Comment se passe l'intégration en emploi des médecins et infirmières immigrants ?

Thème 5 – Parcours d'évaluation des compétences (schéma) 10-15 mn

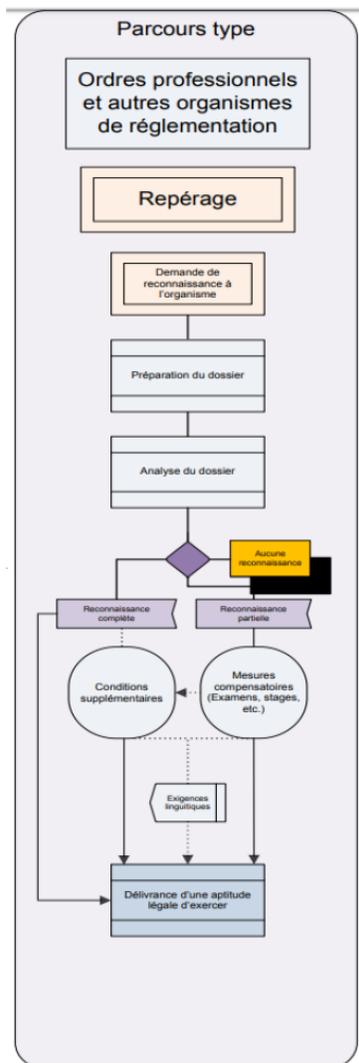
Voici un schéma-type du parcours d'évaluation des compétences et de reconnaissance des acquis pour obtenir le permis d'exercice d'un ordre professionnel au Québec.

Pourriez-vous me dire s'il correspond au parcours de l'évaluation et la reconnaissance des compétences des médecins et des infirmières immigrants ?

Pouvez-vous indiquer où votre organisation se situe dans le processus, quel rôle vous occupez et avec quels autres acteurs vous avez des liens ?

Annexe 3 Étapes du parcours-type vers l'obtention d'une aptitude légale à exercer

Étape du parcours type vers l'obtention d'une aptitude légale à exercer



Source : Comité interministériel sur la reconnaissance des compétences des personnes immigrantes (2017, p. 53)

Annexe 4 Formulaire de consentement IDHQ et DHCEU

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Formulaire de consentement pour les personnes immigrantes

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Corinne Béguerie, dirigée par Kamel Beji au département de relations industrielles de la faculté des Sciences sociales de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature et objectif de l'étude

La recherche a pour objectif d'analyser le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants leur permettant d'exercer légitimement leurs professions respectives au Québec et d'identifier les acteurs, les règles, les étapes et les blocages de la reconnaissance des compétences.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à répondre à des questions qui vous seront posées dans le cadre d'une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 à 90 minutes et qui portera sur les éléments suivants :

- Le parcours avant l'arrivée au Québec ;
- Le parcours après l'arrivée au Québec ;
- L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants ;
- L'exercice de la profession de médecin ou d'infirmière au Québec.

Cette entrevue est enregistrée sur bande audio.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de vos perceptions et de votre expérience sur le processus d'évaluation des compétences des médecins et infirmiers immigrants. Elle vous permettra de contribuer à la compréhension de ce processus.

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 personne qui mène l'entrevue. Celle-ci pourra vous proposer de prendre une pause ou d'interrompre l'entrevue. Au besoin, elle vous fournira une liste de ressources psychosociales et des références pour l'accompagnement des personnes immigrantes.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Tout le matériel permettant de vous identifier, incluant l'enregistrement de l'entrevue, et les données que vous aurez fournies seront alors détruits, à moins que vous n'autorisiez le chercheur à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait. Le cas échéant, ils seront conservés selon les mesures décrites ci-après et qui seront appliquées pour tous les participants.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

Durant la recherche :

- Votre nom et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un code ;
- Seul le chercheur et son directeur de recherche auront accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement ;
- Tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur barré, dans un local sous clé ;
- Les données en format numérique seront, pour leur part, conservées dans des fichiers cryptés dont l'accès sera protégé par l'utilisation d'un mot de passe et auquel seul le chercheur aura accès.

Lors de la diffusion des résultats :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ;
- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- Les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu ;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Après la fin de la recherche :

Tout le matériel et toutes les données dans le cadre de cette recherche pourraient être utilisés dans le cadre de recherches ultérieures. Les données seront conservées pour utilisation ultérieure sous forme codée de manière définitivement irréversible (suite à la destruction de la liste de nom des participants et de tous les documents permettant de réidentifier les participants ayant fourni les renseignements traités sous forme de données) et agrégée (c'est-à-dire regroupées par catégories avec celles provenant des autres participants) dans une banque de données anonymes.

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant décembre 2020. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer le chercheur de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur

Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec madame Corinne Béguerie, étudiante-chercheur au département de Relations industrielles, à l'adresse courriel suivante : corinne.beguerie-goddaert.1@ulaval.ca.

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du participant

Annexe 5 Formulaire de consentement acteurs

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Formulaire de consentement pour les acteurs institutionnels

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Corinne Bégurier, dirigée par Kamel Beji au département de relations industrielles de la faculté des Sciences sociales de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à ce projet de recherche, veuillez prendre le temps de lire et de comprendre les renseignements qui suivent. Ce document vous explique le but de ce projet de recherche, ses procédures, avantages, risques et inconvénients. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la personne qui vous présente ce document.

Nature et objectif de l'étude

La recherche a pour objectif d'analyser le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants leur permettant d'exercer légitimement leurs professions respectives au Québec et d'identifier les acteurs, les règles, les étapes et les blocages de la reconnaissance des compétences.

Déroulement de la participation

Votre participation à cette recherche consiste à répondre à des questions qui vous seront posées dans le cadre d'une entrevue individuelle d'une durée d'environ 60 à 90 minutes et qui portera sur les éléments suivants :

- Le parcours avant l'arrivée au Québec ;
- Le parcours après l'arrivée au Québec ;
- L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants ;
- L'exercice de la profession de médecin ou d'infirmière au Québec.

Cette entrevue est enregistrée sur bande audio.

Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation

Le fait de participer à cette recherche vous offre une occasion de réfléchir et de discuter en toute confidentialité de vos perceptions et de votre expérience sur le processus d'évaluation des compétences des médecins et infirmiers immigrants. Elle vous permettra de contribuer à la compréhension de ce processus.

Nous nous engageons à ne pas divulguer votre nom, mais participer à cette recherche vous expose au risque d'être reconnu puisque le nom de l'institution pour laquelle vous travaillez n'est pas confidentiel. Si vous voulez limiter le risque d'être reconnu, il vous appartient de nous indiquer le niveau de confidentialité que vous souhaitez conserver :

J'accepte que, seule, **ma fonction** apparaisse dans la diffusion des résultats de recherche
 oui non

J'accepte que, seul, **mon département** apparaisse dans la diffusion des résultats de recherche
 oui non

J'accepte que **ma fonction et mon département** apparaissent dans les résultats de recherche
 oui non

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation sans conséquence négative ou préjudice et sans avoir à justifier votre décision. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la chercheuse dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant seront alors détruits.

Tout le matériel permettant de vous identifier, incluant l'enregistrement de l'entrevue, et les données que vous aurez fournies seront alors détruits, à moins que vous n'autorisiez le chercheur à les utiliser pour la recherche, malgré votre retrait. Le cas échéant, ils seront conservés selon les mesures décrites ci-après et qui seront appliquées pour tous les participants.

Confidentialité et gestion des données

Les mesures suivantes seront appliquées pour assurer la confidentialité des renseignements fournis par les participants :

Durant la recherche :

- Votre nom et tous ceux cités durant l'entrevue seront remplacés par un code ;
- Seul le chercheur et son directeur de recherche auront accès à la liste contenant les noms et les codes, elle-même conservée séparément du matériel de la recherche, des données et des formulaires de consentement ;
- Tout le matériel de la recherche, incluant les formulaires de consentement et les enregistrements, sera conservé dans un classeur barré, dans un local sous clé ;
- Les données en format numérique seront, pour leur part, conservées dans des fichiers encryptés dont l'accès sera protégé par l'utilisation d'un mot de passe et auquel seul le chercheur aura accès.

Lors de la diffusion des résultats :

- Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ;
- Les résultats seront présentés sous forme globale de sorte que les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués ;
- Les résultats de la recherche seront publiés dans des revues scientifiques, et aucun participant ne pourra y être identifié ou reconnu ;
- Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document, juste après l'espace prévu pour leur signature.

Après la fin de la recherche :

Tout le matériel et toutes les données dans le cadre de cette recherche pourraient être utilisés dans le cadre de recherches ultérieures. Les données seront conservées pour utilisation ultérieure sous forme codée de manière définitivement irréversible (suite à la destruction de la liste de nom des participants et de tous les documents permettant de réidentifier les participants ayant fourni les renseignements traités sous forme de données) et agrégée (c'est-à-dire regroupées par catégories avec celles provenant des autres participants) dans une banque de données anonymes.

Consentement spécifique

J'accepte d'être recontacté plus tard pour participer à d'autres étapes de cette même recherche

oui non

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude et nous vous remercions d'y participer.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à la recherche intitulée : « L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Signature du participant, de la participante

Date

Un court résumé des résultats de la recherche sera expédié aux participants qui en feront la demande en indiquant l'adresse où ils aimeraient recevoir le document. Les résultats ne seront pas disponibles avant décembre 2020. Si cette adresse changeait d'ici cette date, vous êtes invité(e) à informer le chercheur de la nouvelle adresse où vous souhaitez recevoir ce document.

L'adresse (électronique ou postale) à laquelle je souhaite recevoir un court résumé des résultats de la recherche est la suivante :

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

Signature du chercheur

Date

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation ou si vous souhaitez vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec madame Corinne Béguerie, étudiante-chercheur au département de Relations industrielles, à l'adresse courriel suivante : corinne.bequerie-qoddaert.1@ulaval.ca.

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Plaintes ou critiques

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Copie du participant

Annexe 6 Feuillelet d'information pour un consentement verbal

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Feuillelet d'information pour un consentement verbal

Avant de vous demander si vous consentez à participer à ce projet de recherche, je vais vous présenter des renseignements sur la recherche et sur ce qui est attendu de votre participation. Je vous invite à me poser toutes les questions que vous jugerez utiles pour bien comprendre ces renseignements.

Présentation du chercheur

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de doctorat de Corinne Béguerie, dirigée par Kamel Beji, du département de relations industrielles à l'Université Laval. Elle a été approuvée par le Comité d'éthique de l'Université Laval (N° d'approbation 2018-080 / 08-05-2018).

Nature et objectifs du projet

Cette recherche a pour titre « L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels ». Elle a pour objectif d'analyser le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants leur permettant d'exercer légitimement leurs professions respectives au Québec et d'identifier les acteurs, les règles, les étapes et les blocages de la reconnaissance des compétences.

Déroulement du projet

Votre participation à cette recherche consiste à participer à la rencontre d'information à laquelle vous êtes inscrit.

Participation volontaire et droit de retrait

Vous êtes libre de participer à ce projet de recherche et de vous retirer en tout temps sans conséquence négative et sans avoir à justifier votre décision. Les observations réalisées avant votre retrait ne pourront être retirées des données recueillies.

Confidentialité

Les noms des participants ne paraîtront dans aucun rapport ni dans aucun texte publié;

Attestation verbale du consentement

Avez-vous bien compris le projet et les implications de votre participation ?

Acceptez-vous de confirmer ?

Remerciements

Je vous remercie d'accepter ma présence.

Renseignements supplémentaires

Pour vous permettre de communiquer avec moi si vous le jugez nécessaire ou pour vous retirer du projet, je vous remettrai une copie du document que je suis en train de vous présenter et qui contient mes coordonnées.

Corinne Béguerie
Auxiliaire d'enseignement et de recherche
Chaire de recherche sur l'intégration des diversité
en emploi (CRIDE)

Candidate au doctorat en relations industrielles
Université Laval, Québec
corinne.beguerie-goddaert.1@ulaval.ca

L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Plaintes ou critiques

En terminant, je souhaite vous informer que toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée au Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval. Ses coordonnées sont également inscrites sur le présent document dont je vous remets à l'instant une copie.

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320
2325, rue de l'Université
Université Laval
Québec (Québec) G1V 0A6
Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081
Ligne sans frais : 1-866-323-2271
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

Annexe 7 Formulaire de consentement IDHQ et DHCEU – Entrevue 2

Titre de la recherche : L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Addenda au formulaire de consentement

Présentation du contexte

Vous avez participé récemment à une recherche ayant pour objectif d'analyser le processus de reconnaissance des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants leur permettant d'exercer légitimement leurs professions respectives au Québec et d'identifier les acteurs, les règles, les étapes et les blocages de la reconnaissance des compétences.

La contribution des participants à nos travaux a été très enrichissante et elle nous a permis de renseigner les étapes de plusieurs parcours de reconnaissance des compétences. Nous n'avions pas prévu au départ de solliciter votre participation pour une activité supplémentaire. Lors de notre rencontre, vous n'aviez pas complété le processus de reconnaissance de vos compétences afin d'exercer votre profession. Afin de pouvoir tenir compte de l'évolution de votre situation et renseigner le plus précisément possible les différentes étapes du processus de reconnaissance de vos compétences, nous aimerions solliciter votre consentement pour participer à une activité complémentaire, de façon volontaire, selon votre intérêt et votre disponibilité. Le présent addendum vise à vous présenter cette activité.

Implication de votre participation

Cette nouvelle étape de la recherche implique de participer à une entrevue téléphonique ou par Skype, d'une durée d'environ 15 à 20 minutes, qui portera sur les éléments suivants :

- Les différentes étapes par lesquelles vous êtes passé.e pour compléter les processus de reconnaissance de vos compétences ;
- La profession que vous exercez aujourd'hui.

Participation volontaire

Nous vous sommes reconnaissants du temps que vous avez déjà consacré à notre recherche et vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette nouvelle étape du projet. C'est pourquoi, indépendamment de votre décision, les données que vous avez déjà fournies conserveront toute leur valeur et elles seront utilisées tel que prévu pour nos travaux.

Renseignements supplémentaires

Si vous avez des questions sur cette étape supplémentaire de la recherche ou sur les implications de votre participation, veuillez communiquer avec Corinne Béguerie, candidate au doctorat en relations industrielles, à l'adresse courriel suivante : corinne.bequerie-goddaert.1@ulaval.ca

Remerciements

Votre collaboration est précieuse pour nos travaux et nous vous en remercions sincèrement.

Signatures

Je soussigné(e) _____ consens librement à participer à cette activité supplémentaire de la recherche intitulée : « L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels ». Je comprends qu'à l'exception de l'ajout de cette activité, toutes les autres dispositions identifiées dans le formulaire de consentement que j'ai signé au début de la recherche seront appliquées exactement comme elles y ont été décrites, notamment celles relatives à la confidentialité et à la protection de mes renseignements personnels.

Signature du participant, de la participante

Date

Copie du participant

Annexe 8 Guide d'entrevue IDHQ et DHCEU – Entrevue 2



L'évaluation des compétences professionnelles des médecins et infirmières immigrants au Québec : une analyse de la structure de coordination entre les acteurs institutionnels

Guide d'entrevue DHCEU/IDHQ

Questions complémentaires suite à l'analyse des données

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté cette entrevue complémentaire à notre étude. Nous sommes ici pour parler de votre expérience depuis notre entrevue du [préciser la date], il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Si une question ne vous semble pas claire, n'hésitez pas à demander des précisions.

Je vous rappelle que tout votre nom restera confidentiel. Je serai la seule chercheuse qui aura accès à vos données.

Si vous êtes d'accord, l'entrevue sera enregistrée.

Thème 3 – Parcours après l'arrivée au Québec

- Depuis notre rencontre du [donner la date], comment s'est déroulé le processus de reconnaissance de vos compétences ? (Acteurs concernés, formation complémentaire, stage, mise à niveau, études à reprendre, etc). À ce moment-là, vous étiez rendu.e à [préciser l'étape de la reconnaissance].

- Que pensez-vous des démarches à faire, du temps et des coûts associés à l'évaluation de vos compétences et à votre mise à niveau ?

Thème 4 – Exercice de la profession

- Quelle(s) stratégie(s) avez-vous mise(s) en œuvre pour trouver un emploi ?

- Combien et quels types d'emplois avez-vous occupé depuis votre arrivée au Québec votre participation à notre recherche ?

- Comment s'est passée votre intégration en emploi ? (Profession, collègues, hiérarchie, patients, etc)

Thème 5 – Parcours d'évaluation des compétences (schéma)

Vous avez commentez le schéma-type du parcours d'évaluation des compétences et de reconnaissance des acquis pour obtenir le permis d'exercice de votre ordre professionnel au Québec. Pouvez-vous me dire si vous voulez ajouter des éléments complémentaires ?

Où se situent les blocages et qu'est-ce qui vous a pris le plus de temps, d'énergie ?

(Le schéma annoté par le/la candidat/e aura préalablement été envoyé par courriel)

Annexe 9 Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis (2004)



Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis

Je soussigné ou soussignée, _____, déclare :

Nom du candidat ou de la candidate

- avoir pris connaissance de la fiche *Exercer la profession de médecin*, qui est accessible à l'adresse Internet suivante :

www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/professions-regies/Medecin.pdf

- 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, si je souhaite exercer la profession de médecin au Québec, je dois consulter le site Internet du Collège des médecins du Québec (www.cmq.org) le plus rapidement possible et, au besoin, communiquer avec le Collège des médecins du Québec pour obtenir toute information relative à la reconnaissance de l'équivalence du diplôme de docteur en médecine et de la formation postdoctorale ainsi qu'à la délivrance d'un permis d'exercice 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 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 des médecins du Québec ou en obtenant le diplôme québécois prévu par règlement;

Renseignements complémentaires

Pour que mon diplôme soit reconnu équivalent, je dois réussir les examens prescrits ou approuvés par le Collège des médecins du Québec.

La réussite d'un examen de connaissance de la langue française sera également exigée 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.

Pour 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;

Renseignements complémentaires

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 Collège des médecins du Québec, 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. satisfaire aux autres conditions exigées par le Collège des médecins du Québec.

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 10 Déclaration d'un médecin diplômé hors du Canada et des États-Unis (2012)

[Cliquez ici pour la marche à suivre](#)

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

Imprimer

Effacer