



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES



FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES

Christine Kayirangwa

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

M.A. (sociologie)

GRADE / DEGREE

Département de sociologie

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

Le processus d'accréditation ontarien des médecins immigrants formés à l'étranger

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

André Tremblay

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

L. Laczko

D. Masson

Gary W. Slater

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES ET POSTDOCTORALES /
DEAN OF THE FACULTY OF GRADUATE AND POSTDOCTORAL STUDIES

“LE PROCESSUS D’ACCRÉDATION ONTARIEN DES MÉDECINS
IMMIGRANTS FORMÉS À L’ÉTRANGER”

Par :

Christine Kayirangwa

Département de Sociologie

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales pour

L’obtention du grade de maîtrise en sociologie

Directeur de thèse :

André Tremblay

© Christine Kayirangwa, Ottawa, Canada, 2005



Library and
Archives Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Published Heritage
Branch

Direction du
Patrimoine de l'édition

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file Votre référence

ISBN: 0-494-11311-1

Our file Notre référence

ISBN: 0-494-11311-1

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Résumé

Notre thèse porte sur le processus d'accréditation des médecins formés en dehors du Canada et des États-Unis. L'immigration des professionnels est une grande réalité aussi bien aujourd'hui que dans l'histoire récente du Canada. L'intégration de ces immigrants dans la vie économique reste difficile parce que paralysée par divers problèmes auxquels les immigrants doivent faire face. Notre question de recherche concerne les barrières que les médecins immigrants rencontrent quand ils essaient d'accéder à une licence pour la pratique de la médecine en Ontario. Notre approche méthodologique est l'analyse de contenu de type thématique. Notre corpus de textes à analyser est constitué par les transcriptions d'entrevues menées auprès des représentants de certaines organisations professionnelles et autres impliquées dans le processus d'accréditation des médecins formés à l'étranger. Il s'agit également de documents officiels produits par certaines de ces organisations. Les résultats montrent que des pratiques protectionnistes des organisations professionnelles impliquées dans le processus d'accréditation expliquent l'existence des barrières à l'accréditation des médecins immigrants. En plus, notre lecture des résultats fait état de l'existence d'une discrimination systémique basée sur la race et l'ethnie.

Remerciements

Nous tenons à remercier beaucoup de gens qui nous ont aidée d'une façon ou d'une autre pendant la recherche et la rédaction de cette thèse. Toute seule, nous n'aurions pas été capable de produire cette thèse.

Nos grands remerciements vont d'abord à notre directeur de thèse, André Tremblay qui a fait montre de patience et qui nous a soutenue tout le long de ce projet. Nous tenons à saluer aussi l'aide apportée par plusieurs membres du corps professoral du département de Sociologie de l'Université d'Ottawa. Ils n'ont pas hésité à mettre leur expertise à notre disposition quand nous nous sommes adressée à eux. Des remerciements spéciaux vont aux professeurs Dominique Masson, Leslie Laczko et Ann Denis.

Nous remercions les différents tenants de la question de l'accréditation des médecins qui nous ont offert information et conseils, notamment le Conseil médical canadien, l'Association des facultés de médecine du Canada, le ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario, l'Association des médecins formés à l'étranger d'Ottawa, l'Association of Physicians and Surgeons of Ontario, et bien d'autres.

Nous tenons également à remercier les amis d'Ottawa qui nous ont soutenue sans relâche. À Alex, Pauline et Anastase, nous disons: "Merci pour tout". Aux Sœurs de la Société du Sacré Cœur, nous serons toujours reconnaissante.

Nos plus grands remerciements s'adressent à notre famille. À Richard, à nos enfants, Kevin et Jacqueline, nous disons: "merci beaucoup pour votre amour, votre soutien imperturbable et aussi votre patience." Nous remercions enfin nos parents qui ne sont plus de ce monde. Ils nous ont appris la valeur de l'éducation et ont beaucoup sacrifié pour que nous en ayons une. À vous deux, nous dédions cette thèse.

Table des matières

RÉSUMÉ	2
REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	4
ABRÉVIATIONS UTILISÉES	7
INTRODUCTION GÉNÉRALE	8
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATISATION	11
Introduction	11
1.2. La question de l'immigration récente et de l'intégration des immigrants dans la vie économique au Canada	11
1.2.1. Enjeux particuliers à l'intégration des immigrants détenteurs de diplômes professionnels	20
1.2.1.1.1. Le contexte actuel de pénurie en médecins au Canada et en Ontario en particulier	28
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE	33
2.1. Introduction	33
2.2. Problématique	33
2.3. La théorisation du professionnalisme	35
2.4. Le concours des intérêts de classe et du processus de racialisation/ethnisation des médecins immigrants	40
2.5. La part de l'idéologie dans les politiques discriminatoires contre les médecins immigrants	49
2.6. Hypothèses de travail	56
2.6.2. Sous-hypothèses dérivées de l'hypothèse de la racialisation/ethnisation des immigrants médecins dans le processus d'accréditation	58
CHAPITRE 3 : HISTORIQUE DES POLITIQUES DE L'IMMIGRATION AU CANADA	60

Introduction	60
3.1.1. Les années avant 1867 : Immigration extrêmement limitée	61
3.1.2. Les années Sifton et Oliver : expansion géographique et économique du pays	64
3.1.3. Restrictions à l'immigration des asiatiques	67
3.1.4. De 1919 à la fin des années 1940: Restriction, exclusion, déportation et climat de méfiance envers des immigrants de certaines provenances géographiques	69
3.1.5. La Loi de l'immigration de 1952	73
3.1.6. 1962, 1967 et 1976 : abolition des politiques racistes de l'immigration et démocratisation du système de sélection des immigrants	73
3.1.7. De 1977 jusqu'aux années 1990 : les effets socio démographiques de la nouvelle loi sur l'immigration, la dépression économique et le problème des réfugiés	76
3.2. Discussion et conclusion	79
 CHAPITRE 4: APPROCHE METHODOLOGIQUE	 83
4.1. Qu'est-ce l'analyse de contenu thématique ?	83
D'un point de vue concret, quelle est notre analyse thématique ?	86
4.2.1. Grille catégorielle d'analyse	86
4.6. Les textes à analyser et leurs cadres contextuels	91
Conseil médical du Canada (CMC)	92
Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)	97
Le ministère de la santé et des soins de longue durée	98
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	99
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	101
Collège des médecins de famille du Canada	102
Santé Canada	103
 CHAPITRE 5 : RESULTATS DE L'ANALYSE DE CONTENU	 105
5.1. INTRODUCTION	105
5.2. QUELS RÉSULTATS NOUS LIVRE L'ANALYSE DE CONTENU?	105
5.2.1. Hypothèse 1 : les pratiques des organisations professionnelles de médecins ont un caractère exclusiviste et protectionniste qui assure à ces dernières un contrôle sur les entrées dans le marché du travail.	105
5.2.2. Hypothèse 2 : la racialisation et ou /ethnisation des médecins immigrants par les organisations chargées de définir et de diriger le processus d'accréditation engendre une discrimination contre ces premiers	118
5.3. LA DISCUSSION GÉNÉRALE DES RÉSULTATS DE L'ANALYSE THÉMATIQUE	132

CONCLUSION GÉNÉRALE ET NOUVELLES PISTES DE RECHERCHE	139
BIBLIOGRAPHIE	146
ANNEXE 1 : LISTE DES ORGANISATIONS REPRESENTÉES PAR LES INTERVIEWÉS ET LES FONCTIONS QU'ILS OCCUPENT AU SEIN DE CES ORGANISATIONS	158
ANNEXE 3 : LETTRE DE CONSENTEMENT	160
ANNEXE 4 : THÈMES D'ENTREVUE	161
ANNEXE 5 : THÈMES LIÉS À L'ANALYSE DE CONTENU	163
ANNEXE 7: PAYS DE FORMATION MÉDICALE DES DIPLÔMÉS DES FACULTÉS ÉTRANGÈRES	170
ANNEXE 8 : NOMBRE D'ANNÉE DE PRATIQUE DE LA MÉDECINE	174
ANNEXE 9 : NOMBRE D'ANNÉES AU CANADA	175
ANNEXE 10 : PERSPECTIVES HISTORIQUES DE L'IMMIGRATION AU CANADA (1860-2002)	176
ANNEXE 11 : IMMIGRATION SELON LES RÉGIONS SOURCE	178
ANNEXE 12 : IMMIGRATION SELON LES DIX PRINCIPAUX PAYS SOURCE POUR LES ANNÉES 2000, 2001 ET 2002	179
ANNEXE 13 : POPULATION IMMIGRANTE SELON LE LIEU DE NAISSANCE ET LA PÉRIODE D'IMMIGRATION	180

Abréviations utilisées

CFMO : Conseil des facultés de médecine en Ontario

CIC : Citoyenneté et immigration Canada

CMC : Conseil médical du Canada

CRMCC : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

DFMHCE : Diplômé de faculté de médecine hors du Canada et des États-Unis

EACMC (Partie I) : Examen d'aptitude du conseil médical du Canada partie I

EACMC (Partie II) : Examen d'aptitude du conseil médical du Canada partie II

EECMC : Examen d'évaluation du Conseil médical du Canada

MSSLD : Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario

OIMGC : Ontario International Medical Graduate Clearinghouse

OMCO : L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

INTRODUCTION GÉNÉRALE

L'intégration des immigrants dans le milieu du travail du Canada est un sujet important aujourd'hui. L'immigration constitue l'une des politiques officielles de recrutement de travailleurs qualifiés pour l'économie du pays. Une économie existant dans un environnement international de mondialisation et de concurrence pour les travailleurs qualifiés. Les candidats à l'immigration actuels doivent être et sont de plus en plus éduqués afin de constituer pour le Canada une main-d'œuvre aux compétences et attributs flexibles capables de s'intégrer dans la production économique canadienne. Le contexte économique actuel est marqué par un dynamisme constant. Le gouvernement canadien a ainsi décidé en faveur d'un modèle de capital humain dans ses politiques de sélection d'immigrants.

La logique régissant les politiques de l'immigration semble ne pas coïncider nécessairement avec celle que suivent les intervenants en matière d'intégration socio-économique des immigrants. Le chômage et le sous-emploi de récentes cohortes d'immigrants constituent une aberration. Ceci nous a incité à étudier la question de l'intégration des immigrants dans la vie économique du pays. Le cas particulier que nous avons étudié est celui des médecins formés à l'étranger. Il y en a beaucoup qui sont au chômage ou détiennent des emplois autres que l'exercice de la médecine. Des histoires circulent dans les médias à propos des difficultés d'obtention du droit de pratique la médecine au Canada pour les individus formés à l'étranger. Circulent en même temps des histoires sur la pénurie des médecins au Canada pour le moment. Il fallait chercher le nœud du problème parce que problème il y en a; comment peut côtoyer le problème de manque de médecins et celui de la non-accréditation des médecins immigrants qui

devraient logiquement pouvoir offrir leurs services pour aider à enrayer la pénurie ? Pour comprendre cette situation contradictoire, nous avons focalisé notre attention sur le processus d'accréditation des médecins. Le cas de l'Ontario a été choisi car les systèmes de santé et d'accréditation sont provinciaux et cette province reçoit le plus d'immigrants en général et de médecins immigrants en particulier.

Une analyse de contenu a été effectuée sur des transcriptions d'entrevues et de documents officiels émanant des organisations professionnelles chargées du processus d'accréditation. L'objectif de la recherche était de comprendre les politiques de ces organisations-là en matière d'accréditation des médecins formés en dehors du Canada et des États-Unis.

Le chapitre 1 introduit la problématique de l'intégration des immigrants en général au Canada. La situation du cas particulier des médecins est parcourue. Le chapitre 2 porte sur le cadre théorique de notre recherche. Une lecture de type néo-wébérien du professionnalisme est proposée, en concours avec les rapports sociaux inégaux basés sur la race et l'ethnie. Le troisième chapitre est constitué d'un compte rendu de l'histoire des politiques de l'immigration au Canada suivi d'une analyse critique sociologique. Le quatrième chapitre présente l'approche méthodologique, c'est-à-dire la présentation de l'analyse de contenu en général, des catégories d'analyse thématiques choisies et les textes à analyser et leurs producteurs. Notre analyse de contenu de type thématique est effectuée sur un corpus de textes constitués par des entrevues transcrites et des documents officiels des organisations impliquées dans le processus d'accréditation des médecins immigrants. Le chapitre 5 présente les résultats

des analyses et notre discussion de ces derniers. Le chapitre se termine par une conclusion générale et des pistes de recherche.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATISATION

Introduction

Ce chapitre sera consacré à la problématique de notre recherche. Nous y discuterons de la question de l'intégration à la vie économique des immigrants dans l'histoire actuelle et récente. Cette question sera abordée dans le cas de tous les immigrants en général et dans le cas des immigrants ayant des qualifications professionnelles en particulier. La médecine est le cas particulier de profession que nous allons examiner de près pour l'Ontario.

1.2. La question de l'immigration récente et de l'intégration des immigrants dans la vie économique au Canada

En 2001, plus d'un quart d'un million de gens ont immigré au Canada selon le rapport Faits et chiffres 2001 : Aperçu de l'immigration (Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), 2002). L'orientation donnée aux politiques de l'immigration dans les années 1980 et 1990 fait que les immigrants acceptés sont, entre autres caractéristiques, de plus en plus éduqués. Le même rapport mentionne d'ailleurs que les requérants qui ont un baccalauréat représentent 34% de tous les requérants; et il s'agit du plus haut pourcentage observé. En justification de l'adoption de la loi C - 11 sur l'immigration et la protection des réfugiés dont le projet est dit « moderne et cohérent », Citoyenneté et Immigration Canada écrit:

...le Canada doit adopter de nouvelles mesures législatives pour que l'immigration continue à être une source de diversité, de richesse et d'ouverture sur le monde. Le Canada a besoin de jeunes gens instruits, dynamiques et compétents. Il doit pouvoir s'appuyer sur l'innovation, les idées et le talent. Les employeurs canadiens doivent pouvoir miser sur le bassin de travailleurs qualifiés qui évolue constamment. La mondialisation de la main-d'œuvre est source de création

d'emplois et de transfert de compétences qui peuvent bénéficier aux Canadiens. Il faut adapter la législation sur l'immigration pour que le Canada puisse tirer son épingle du jeu dans la compétition mondiale pour l'embauche de travailleurs qualifiés (CIC, 2002).

La nouvelle Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés qui est

l'aboutissement du dit projet de loi est entrée en vigueur le 28 juin 2002. Elle remplaçait l'ancienne Loi sur l'immigration, qui était âgée de 25 ans. L'une des nouveautés dans la nouvelle loi est l'adoption d'un modèle de sélection d'immigrants axé sur "le capital humain" et non sur la demande par profession comme cela se faisait dans le passé.¹

"Cette grille de sélection insiste sur les compétences et les attributs tels que les études, la connaissance des langues officielles et la capacité d'adaptation -- des qualités essentielles sur le marché du travail actuel ", a déclaré le ministre responsable de l'immigration Denis Coderre (CIC, 2003). Le type d'immigrant choisi grâce à cette nouvelle grille est plus apte à s'établir au Canada. Le modèle de sélection en usage depuis la fin des années 60 devenait démodé dans le contexte moderne et dynamique de l'économie canadienne. Ce modèle ne permettait pas de choisir des immigrants capables de s'intégrer rapidement dans le processus de production économique au Canada.

En bref, les politiques récentes de l'immigration sont guidées en grande partie par la demande d'une main-d'œuvre qualifiée qui dépasse les capacités internes au Canada². Le pays a besoin de recourir à l'immigration pour satisfaire les demandes de l'économie nationale. Nous pouvons donc affirmer sans risquer de nous tromper que la rationalité économique prime. Le ministre de l'Immigration a réitéré ce fait en ces mots :

1 Pour plus de détails, voir le chapitre 3 portant sur l'historique des politiques de l'immigration au Canada.

2 Du moins en ce qui concerne la sélection des immigrants de la catégorie "indépendant". Nous savons qu'il existe différentes catégories d'immigration au Canada depuis les changements apportés aux politiques de l'immigration à la fin des années 1960. Et la catégorie « indépendant » en est une. Les logiques guidant la marche de la sélection des immigrants pour les différentes catégories varient. Pour plus de détails, visiter le site web de CIC à <http://www.cic.gc.ca/francais/immigrer/index.html>.

(A)u cours des cinq prochaines années, le Canada tout entier commencera vraisemblablement à éprouver des pénuries de travailleurs qualifiés -- et pas seulement dans les grandes agglomérations urbaines. Nous savons aussi que l'immigration représentera la majeure partie de la croissance de notre main-d'œuvre au cours des prochaines années. Il devient donc très important de trouver les moyens d'attirer et de garder le genre de travailleurs qualifiés dont notre pays aura besoin pour demeurer concurrentiel et prospère tout au long des prochaines décennies." (CIC, 2003).

Dans le cadre de la sélection des immigrants de la catégorie « indépendant »³, les services de l'immigration canadiens recrutent comme immigrants la crème de la crème des citoyens de pays étrangers afin de faciliter leur insertion à l'économie canadienne. Cependant, il y a des problèmes qui subsistent et qui empêchent une pleine participation de ces immigrants à l'économie au Canada. Cette participation reste un vœu pieux de la part des autorités de l'immigration et celles chargées de l'insertion des nouveaux arrivants dans la vie économique canadienne.

L'insertion des immigrants à l'économie canadienne ne se fait ni aussi rapidement ni aussi efficacement que souhaité. Une fois au Canada, beaucoup d'immigrants n'arrivent pas à pratiquer leurs professions ou métiers. Ainsi, des immigrants hautement qualifiés sont sous-employés ou sont au chômage. Les difficultés d'insertion des immigrants dans le marché du travail canadien constituent un sujet récurrent dans les journaux, ouvrages, revues scientifiques et autres média de communication. Le ministre Coderre reconnaît lui-même la situation. Il dit que le Canada ne peut pas se permettre de ne pas reconnaître les titres de compétence et l'expérience professionnelle acquis à l'étranger par les immigrants si on veut qu'ils participent à la construction du pays. Il

³ Il faut ajouter ici que le niveau de l'éducation formelle des immigrants de toutes les catégories en général est plus élevée que celle de la population canadienne en général.

ajoute : « Trop d'immigrants hautement qualifiés sont forcés de prendre des emplois moins spécialisés -- parce que leurs compétences et leurs diplômes sont sous-évalués ou ne sont pas reconnus (CIC, 2003).

Par ailleurs, le Comité permanent de l'Immigration et de la Citoyenneté de la Chambre des Communes a reconnu qu'il y a des problèmes qui font obstacle à une bonne insertion des immigrants dans la société canadienne. Le rapport intitulé Etablissement et intégration: un sentiment d'appartenance « se sentir chez soi » a été rédigé après des séances de témoignages tenues partout dans le pays afin de voir ce qui devrait être corrigé pour qu'il y ait un processus d'établissement mieux réussi pour les immigrants et un retour plus positif pour le Canada.

Les séances de témoignages auprès des gens impliqués dans des programmes d'établissement et d'adaptation des immigrants ont démontré qu'il y avait beaucoup à changer dans le système de l'immigration et d'établissement. Voici les domaines retenus par le Comité parce que des problèmes y étaient récurrents dans la plupart des témoignages : la formation linguistique, l'accès à l'emploi, la constitution de collectivités d'accueil, l'information adéquate sur le Canada avant l'immigration, l'usage des titres de compétences et expériences acquis à l'étranger, le traitement par différentes instances dont bénéficient les nouveaux arrivants par rapport à la population canadienne, et le financement et la coordination fédérale/provinciale des programmes d'établissement et d'adaptation. Le Comité a formulé des recommandations afin de trouver des solutions à ces problèmes (Comité permanent de l'Immigration et de la Citoyenneté de la Chambre des Communes, 2003).

Toujours à propos de la situation des immigrants sur le marché du travail canadien, le sociologue Jeffrey Reitz a effectué une étude qui a révélé que les immigrants sont désavantagés par rapport à leurs pairs canadiens. Les premiers ont des revenus de loin inférieurs, malgré qu'ils soient en moyenne plus éduqués. L'auteur dit que les immigrants présentent un manque à gagner annuel de 55 millions de dollars pour deux raisons : premièrement, ils sont souvent sous-employés et deuxièmement, si leurs diplômes sont pris en considération, ils sont payés moins que leurs pairs. Reitz précise que les immigrants de couleur en pâtissent plus que les autres : ils gagnent de 15 à 25% de moins que les immigrants d'origine européenne. Et les Canadiens descendants d'immigrants de couleur subissent le même sort. Beaucoup d'employeurs considèrent tous les gens de couleur comme des immigrants fraîchement arrivés au Canada (Reitz, 2001).⁴ Les

Par ailleurs, le sociologue Peter Li a effectué une étude sur la participation des immigrants au marché du travail canadien et les résultats réitèrent ce qu'avaient trouvé les études de Reitz et de Henry et Ginsberg. Li a étudié les niveaux de valeur différentiels donnés aux diplômes selon qu'ils ont été obtenus au Canada ou ailleurs. Sa constatation est qu'au marché du travail canadien, les diplômes des immigrants sont défavorisés comparativement à ceux des Canadiens. En plus, a-t-il conclu, il est difficile de savoir si ce sont les diplômes qui sont pénalisés, ou leurs détenteurs puisque l'étude a montré une nette variation selon le sexe et la race. Même si l'accréditation devient plus équitable, dit Li, les minorités visibles et les femmes resteront défavorisées (Li, 2000 et 2001).

⁴ Les résultats de l'étude de Reitz viennent actualiser ce qu'avaient trouvé Henry et Ginsberg (1984) il y a à peu près deux décennies : le racisme a une grande part à jouer dans l'établissement difficile des immigrants au Canada.

Andrew Brouwer a relevé un contraste entre la performance des immigrants historiquement et celle des immigrants récents. Citant Akbari, 1995, il écrit qu'une fois installés au pays, les immigrants arrivés au Canada entre 1946 et 1986 ont des revenus supérieurs à ceux des Canadiens nés au Canada. La situation des arrivants récents n'est pas similaire par contre. Malgré que ces derniers soient beaucoup plus éduqués que leurs prédécesseurs, ils ont beaucoup plus de difficultés à intégrer leurs professions afin de s'assurer de bons revenus. Brouwer ajoute qu'il y a un problème d'inconsistances dans les politiques et programmes d'immigration et d'établissement au Canada. L'auteur mentionne diverses juridictions et montre que la cohérence et la complémentarité des efforts de chacun sont souvent inexistantes. Ce qui crée une quadrature du cercle pour les immigrants qui cherchent à participer activement à la vie économique canadienne (Brouwer, 1999).

Des instances gouvernementales canadiennes se soucient de la mauvaise performance des immigrants au marché du travail et cherchent à comprendre et à enrayer le problème. Par exemple, en 1983, à la lumière de la discrimination en matière d'emploi et des réclamations des groupes minoritaires, le gouvernement fédéral a créé la Commission royale sur l'équité en matière d'emploi pour examiner les moyens les plus efficaces et équitables de remédier à l'inefficacité des programmes d'action positive qui, jusque-là, reposaient sur une participation volontaire des employeurs du secteur privé, de quelques ministères fédéraux et de compagnies ayant des contrats du gouvernement fédéral.

Parmi les groupes ciblés par la Commission se trouvent les minorités visibles à côté des femmes, des handicapés et des Autochtones.⁵ Selon le rapport de la Commission Abella Égalité en matière d'emploi, « l'équité en matière d'emploi est une stratégie destinée à faire disparaître les effets présents et résiduels de la discrimination et à procurer aux personnes arbitrairement exclues un accès équitable aux possibilités d'emploi. » Depuis sa mise en vigueur en 1986, la *Loi sur l'équité en matière d'emploi* et ses règlements d'application ont subi des modifications dont l'inclusion de la fonction publique fédérale parmi les employeurs tenus à mettre en branle les plans visant l'équité.

Suite au rapport de la Commission Abella, la Commission canadienne des droits de la personne a été habilitée à procéder à de fréquentes vérifications de la conformité à la Loi dans les lieux de travail. A été établi aussi que la Loi devra être appliquée de manière définitive, le cas échéant, par un tribunal de l'équité en matière d'emploi habilité à entendre les différends et à rendre des ordonnances. Des progrès ont été enregistrés en matière d'équité mais le chemin reste long à faire selon la Commission des droits de la personne, surtout en ce qui concerne la fonction publique fédérale.

Lors d'un sondage fait auprès de différents ministères fédéraux par la Commission des droits de la personne, « les employés membres de minorités visibles comme les gestionnaires de la fonction publique, y compris les cadres supérieurs, ont exprimé l'avis que la discrimination est courante dans la fonction publique. » Toutefois, d'autres

⁵ Les immigrants, le groupe qui nous intéresse ici, ne constituent pas un groupe cible pour la Commission Abella mais comme nous savons qu'un grand pourcentage des immigrants récents sont membres des minorités visibles (Statistique Canada, 2001), nous pouvons utiliser la création de la Commission et le contenu du rapport qui en est issu comme une autre illustration de la situation socio-économique des immigrants au Canada

facteurs contribuent à la faible représentation des minorités visibles dans la fonction publique canadienne, selon les individus interrogés, et la discrimination comme telle n'est qu'un élément du problème. Il s'agit par exemple du manque de flexibilité dans le processus de dotation, le sentiment que les candidats aux nominations et aux promotions sont choisis à l'avance, et le fait que la représentation des minorités visibles n'entre pas en ligne de compte dans la composition des jurys de sélection. Ceci décourage le postulat des membres des minorités visibles, ce qui est un autre facteur expliquant la faible présence des membres des minorités visibles au niveau de cadres supérieurs. Notons également la difficulté d'obtenir de l'information sur les emplois et sur les exigences qui y sont rattachées, tant pour les personnes désireuses d'entrer dans la fonction publique que pour celles qui souhaitent y obtenir de l'avancement.

Également, on trouve souvent mentionnés des problèmes ayant trait à l'accessibilité, aux encouragements et aux crédits, l'absence des efforts axés sur le recrutement de membres de minorités visibles aux postes de cadres supérieurs, ainsi que l'impression que les gestionnaires de la fonction publique, à tous les échelons, ne sont pas toujours convaincus de la nécessité d'accroître la représentation des minorités visibles. Toutefois, la Commission reconnaît qu'il y a eu de grands progrès dans le secteur privé concerné par la *Loi sur l'équité en matière d'emploi*.

Toujours à propos de l'insertion des immigrants dans différents secteurs de l'économie canadienne, des groupes professionnels ont exprimé l'opinion que l'apport de beaucoup d'immigrants est négligé alors qu'il serait bienvenu dans certains secteurs de l'économie. Par exemple, en 1998, le souci causé par le problème de la pénurie des

médecins dans certaines disciplines et dans certaines régions du Canada a poussé le Forum médical canadien⁶ à créer un groupe d'étude autofinancé (le Groupe de travail Un du FMC) pour étudier la question de la pénurie de médecins. Le rapport a été remis aux ministres et aux sous-ministres de la Santé en novembre 1999. Il recommandait une augmentation de 27% des inscriptions dans les facultés de médecine et celle des places en résidence pour les diplômés des écoles canadiennes de médecine et ceux des écoles de médecine étrangères.

La recommandation pour le cycle inférieur a été suivie presque partout au pays mais en ce qui concerne les places dans les programmes post - gradués, beaucoup reste à faire. Par ailleurs, le sujet n'a pas été délaissé; le Groupe de Travail Deux a été mis sur pied en 2001 sous l'initiative du gouvernement fédéral et des associations médicales pour "élaborer une stratégie en matière d'effectifs médicaux à long terme au Canada – qui tient compte des nombreux facteurs qui influencent l'offre de médecins, la demande de soins médicaux et la prestation des soins au pays et dans le monde entier" (Groupe de Travail Deux du FMC)

Les difficultés que rencontrent les immigrants récents à intégrer le marché du travail canadien a poussé d'autres analystes, études et conférences ayant des mandats différents à effectuer des analyses sur la question : Cummings (1989), McDade (1988), AIPSO (2002), The Maytree Foundation (2001), McKendry (1999), Ministère de la Santé

⁶ Inclut des représentants de l'Association des facultés de médecine du Canada, l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, l'Association canadienne des internes et des résidents, la Fédération d'étudiants en médecine du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège des médecins de famille du Canada, la Fédération des ordres des médecins du Canada, le Conseil médical du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

et des Soins de Longue Durée de l'Ontario (2002), etc.... Ils ont abouti essentiellement aux mêmes conclusions: les ressources humaines que représentent les immigrants professionnels non licenciés et d'autres immigrants non intégrés au marché du travail sont gaspillées alors que le pays a réellement un besoin urgent en main-d'œuvre qualifiée dans différents domaines.

Ici échoue la logique économique qui est l'un des piliers des politiques de l'immigration canadienne: celle-ci n'est pas acheminée dans les politiques internes de l'intégration à l'emploi. Comme nous venons de le montrer par un parcours des écrits et études faits sur l'intégration des immigrants au marché du travail canadien, il y a des problèmes qui font obstacle. Nous verrons dans la section qui suit que les immigrants détenteurs de diplômes professionnels font face à des obstacles particuliers quand ils essayent d'intégrer le milieu du travail dans leur domaine de formation.

1.2.1. Enjeux particuliers à l'intégration des immigrants détenteurs de diplômes professionnels

Après une revue de ce qui a été écrit en général sur la question du gaspillage des habilités et expertises des immigrants et l'absence des mécanismes oeuvrant pour une intégration efficace et rentable des immigrants au marché de l'emploi canadien, nous avons dû restreindre notre champ d'étude. En effet, les problèmes d'intégration au marché de l'emploi que rencontrent les immigrants et d'autres individus qui ont fait leurs études en dehors du Canada ou de la province/ territoire où ils veulent travailler diffèrent

selon le genre d'emploi visé.⁷ Plus particulièrement, les professions auto - réglementées ont des caractéristiques toutes différentes de celles des occupations réglementées par l'État, c'est-à-dire les provinces et territoires (Access to Professions and Trades Unit, 2002; Rampersad et l'Ontario Legislative Research Services, 2001; Brouwer, 1999; Ministère ontarien de la Formation, et des Collèges et Universités, 2002.) Et selon ces mêmes sources, les exigences que les immigrants doivent satisfaire afin d'intégrer ces différents marchés sont différentes.

Pour mieux étudier ces exigences à fond, nous nous sommes consacrée seulement aux professions, c'est-à-dire aux occupations qui sont réglementées par un corps professionnel auquel la province/territoire a donné cette charge pour assurer la sécurité des consommateurs canadiens. Et encore là, chaque profession est régie selon les règlements qui lui sont propres. Par conséquent, étudier différentes professions ensemble indistinctement n'aboutirait pas à une bonne analyse; les étudier une à une ne serait pas non plus une entreprise facile et raisonnable dans le cadre de notre recherche. Voilà la raison qui a guidé notre sélection d'une seule profession, à savoir la profession médicale. Toutefois, le choix de cette profession et non d'une autre n'a été ni arbitraire ni inspiré par un simple souci de délimitation de notre recherche⁸. Le problème de la pénurie des médecins dans les hôpitaux, surtout dans des régions rurales et éloignées, constitue un problème national pour le moment et se retrouve à la une des journaux (Dixon, 2003;

7 Notons l'exception que constitue le cas de certaines occupations qui, grâce au programme de standardisation interprovinciale, apposent le « sceau rouge » sur les certificats des finissants des programmes de formation qui ont passé le test préparé conjointement par tous les provinces et territoires. Avec un tel certificat, le travailleur peut obtenir un emploi n'importe où au Canada.

8 Selon Chevrier (1992, p. 51), toute recherche doit avoir une pertinence sociale c'est-à-dire qu'elle doit montrer comment elle apporte une réponse à des problèmes des praticiens ou décideurs sociaux.

Lindgren et al., 2002; Paterson, 2003; etc....) Et on y retrouve également, mais rarement à la une, des histoires à propos d'immigrants médecins qui conduisent un taxi ou font la livraison de pizzas parce qu'ils n'arrivent pas à pratiquer la médecine au Canada. Il y a clairement matière à réflexion ici.

Nos lectures, qui sont loin d'être exhaustives, nous ont montré que diverses raisons sont avancées pour expliquer les barrières que rencontrent les médecins immigrants formés à l'étranger dans leurs démarches pour l'intégration du marché du travail canadien. De ces dernières, on peut citer l'exigence d'une expérience professionnelle canadienne couplée au refus de reconnaissance de l'expérience acquise à l'étranger et au manque d'opportunités pour l'obtention d'une expérience en milieu de travail canadien. Il y a également l'absence chez beaucoup d'immigrants des habilités linguistiques nécessaires au travail, le manque de ressources nécessaires aux immigrants pour se préparer à passer des examens en vue de l'accréditation, les difficultés à faire reconnaître leurs diplômes et compétences, et les difficultés à obtenir des informations claires sur les exigences pour l'intégration de différentes occupations et professions (Access to Professions and Trades, 2001; McDade, 1988; Brouwer, 1999; Alboim, 2002; Abella, 1984 et Rampersad et l'Ontario Legislative Research Services, 2001).

Cette dernière étude ajoute aux raisons ci-haut citées le manque d'instances institutionnalisées pour faciliter la contestation des refus pour ce qui est de l'entrée aux professions et les difficultés à accéder aux programmes de mise à jour adéquats spécifiques à différentes professions et occupations.

D'autres auteurs touchent aux facteurs déjà mentionnés et y ajoutent la discrimination systémique (Reitz, 2001 et 2002; Li, 2000 et 2001; Basran et Zong, 1998;

Access to Professions and Trades, 2001.) Toujours comme explication des difficultés que rencontrent les immigrants dans leur quête de l'emploi, certains individus avancent le manque de coordination des efforts des différents tenants de la question (Harding, 2003a; Alboim, 2002; Brouwer, 1999; Comité sénatorial sur l'Immigration, 2003 et AIPSO, 2002.) Par exemple, les politiques de l'immigration qui sont sous juridiction fédérale ne concordent pas toujours avec les politiques d'installation et d'intégration qui sont à la charge des provinces/territoires et les municipalités. Cependant, le gouvernement fédéral contribue financièrement aux programmes d'intégration et est en charge d'une majeure partie du développement des ressources humaines et des programmes établis sous la bannière des politiques nationales du multiculturalisme. Malgré tout cela, il y a une grande déconnexion dans la façon dont les différents paliers des gouvernements chargés de l'immigration et de l'intégration des immigrants fonctionnent.

Les politiques provinciales/territoriales et municipales en matière d'intégration sociale et économique des immigrants, à leur tour, ne sont pas en cohésion avec les règlements et exigences des groupes professionnels et des employeurs. Le même genre de conflit/contradiction se retrouve entre les exigences en matière d'immigration et celles des employeurs et des groupes professionnels qui régissent le marché des professions. Nous pensons que c'est pour cette raison que les grandes sommes d'argent injectées par différents paliers gouvernementaux dans des programmes d'aide à l'intégration des nouveaux immigrants ne donnent pas toujours les résultats escomptés.

Beaucoup d'analystes pointent du doigt les instances professionnelles auxquelles les provinces ont donné la responsabilité d'évaluer les habilités des professionnels potentiels et d'octroyer à ceux qui ont démontré qu'ils le méritent les licences pour la

pratique dans les professions que ces instances représentent. Respectivement, Paradeise (1988) et Sarfati-Larson (1988) théorisent les professions comme un marché du travail fermé et rattachent le fait professionnel à la production du discours du savoir expert et ses conséquences sociales.

D'autres analystes considèrent que les exigences pour l'accréditation ne sont pas claires et ne sont pas appliquées équitablement et d'une façon cohérente, que les places pour la formation au Canada afin d'obtenir la permission de pratiquer sa profession ne sont pas départagées équitablement et que certains examens requis pour la licence sont redondants pour la plupart des demandeurs de licences et ne servent pas à démontrer la capacité des demandeurs à remplir les exigences des postes de travail d'une façon efficace. (AIPSO, 2002; Dixon, 2003; Commission Romanow, 2002 et Comité sénatorial sur l'Immigration, 2003.)

D'après nos constatations, l'une des raisons qui découragent l'intégration des immigrants aux emplois professionnels réside dans les politiques et pratiques des institutions professionnelles chargées de l'accréditation des gens qui détiennent des diplômes obtenus en dehors des juridictions que ces institutions desservent. En outre, nous avons constaté qu'à l'exception du Québec, les provinces et territoires n'ont pas de législation formelle sur les politiques d'accréditation des corps professionnels.

Les différents facteurs ci-haut mentionnés sont tous variablement valables pour expliquer la situation des immigrants qui n'arrivent pas à intégrer le milieu du travail canadien. Il faut ajouter que les combinaisons de ces facteurs varient comme l'a montré notre revue de la littérature. Les facteurs tels que l'occupation ou la profession de l'immigrant, la province de résidence, les modalités d'immigration et bien d'autres

facteurs influencent le processus et les résultats des démarches d'intégration entreprises par un immigrant. Par conséquent, nous avons opté pour l'étude d'une seule profession, à savoir la médecine et ce, seulement en Ontario. En plus, nous nous consacrerons seulement sur le cas des immigrants qui ne sont pas arrivés au Canada avec une offre d'emploi et qui, au moment de l'immigration, n'ont pas déclaré la médecine comme profession.

1.2.1.1. Qu'en est-il du cas des immigrants diplômés en médecine?

Comme nous l'avons vu plus haut, nous avons choisi la profession médicale pour objet d'étude surtout à cause de l'actualité des problèmes de pénurie de médecins et aussi des nombres élevés d'immigrants détenteurs de diplômes en médecine qui ne peuvent pas entrer dans la pratique de la profession. Les analyses portant sur l'accréditation et les corps professionnels ont soulevé un grand intérêt sociologique chez nous, surtout qu'il est clair que le rôle que jouent les groupes professionnels est majeur dans l'intégration des professionnels formés à l'étranger. Cependant, nous n'avons pas pu trouver à notre satisfaction une étude sociologique faite sur la question des médecins immigrants en tenant compte de ces derniers éléments. En d'autres termes, nous avons constaté qu'aucune analyse sociologique n'étudie spécifiquement la part des politiques et pratiques des institutions professionnelles canadiennes auxquelles les médecins immigrants doivent s'adresser afin de faire évaluer et possiblement faire reconnaître leurs diplômes et expériences. C'est pour cette raison que notre thèse est consacrée, non au vaste problème de l'intégration des immigrants détenteurs de diplômes médicaux au marché du travail canadien mais plutôt à la question particulière des politiques et

pratiques des corps professionnels impliqués dans le processus d'accréditation des médecins immigrants formés à l'extérieur du Canada et des Etats-Unis⁹. Notre question de recherche est donc : quelles sont les explications à donner aux difficultés que rencontrent les médecins immigrants dans le processus d'accréditation en Ontario ?

Nous nous pencherons sur le cas d'une seule province, l'Ontario, plutôt que sur tout le pays parce que l'exercice de la médecine est sous l'autorité provinciale et territoriale au Canada. Le pays a, en tout, 12 corps professionnels régulateurs de la médecine (correspondant aux provinces et territoires, le Nunavut n'en possédant pas encore.) Ces corps ont reçu la responsabilité de leurs gouvernements respectifs d'accorder des licences à quiconque est jugé capable de pratiquer la médecine dans les provinces et territoires, comme nous l'avons vu plus haut. Leurs règlements et processus d'accréditation diffèrent. Or, l'Ontario est la province la plus peuplée du Canada et chaque année, le plus grand pourcentage d'immigrants choisissent de s'y établir (Statistique Canada, 2003.) En outre, l'Association des médecins et chirurgiens formés à l'étranger de l'Ontario fait état de 2000 à 4000 immigrants médecins non licenciés en Ontario (AIPSO, 2002).

Notre analyse se penchera sur le cas des médecins immigrants et non celui de tous les médecins formés en dehors de l'Ontario. Nous trouvons qu'il s'agit d'un cas spécial qui doit être traité distinctivement et notre problème général concerne l'intégration des immigrants au marché du travail canadien. Le Conseil médical canadien qui fait passer

⁹ Les Etats-Unis sont exemptés du traitement réservé aux immigrants médecins formés à l'étranger. Les systèmes d'accréditation des facultés de médecine canadiens et américains, nommément le Conseil d'agrément des facultés de médecine au Canada et le Liaison Committee on Medical Education, travaillent de concert en ce qui concerne d'agrément de différentes écoles de médecine dans les deux pays. Pour plus de détails, voir www.lcme.org et http://www.afmc.ca/pages/fr_about.html#committees

les tests en vue de l'accréditation fait une distinction entre les médecins formés en dehors du Canada et des Etats-Unis et les autres. Ce groupe connu sous l'appellation des diplômés des facultés de médecine hors Canada et Etats-Unis (DFMHCE) est plutôt hétérogène. Il comprend aussi bien des Canadiens ayant eu une formation médicale à l'étranger (Etats-Unis exceptés) que les immigrants formés dans des facultés de médecine étrangère (excepté les Etats-Unis.)

De ce dernier groupe, il y en a qui sont recrutés dans leurs pays par les gouvernements provinciaux/territoriaux canadiens dans leurs campagnes de planification des ressources humaines. Leur insertion à l'emploi est directe et facile. Cependant, dans le même groupe généré par l'immigration, figure une catégorie qui est constituée par des immigrants venus au Canada sans une offre d'emploi. Ils sont arrivés au Canada par la voie du parrainage ou comme réfugiés. Et ils partagent la caractéristique de ne pas avoir révélé ni leur détention d'un diplôme en médecine aux autorités de l'immigration ni leur intention de travailler dans cette capacité une fois installés au Canada. Ce sont les individus dans cette dernière catégorie qui rencontrent le plus de difficultés à s'intégrer dans la pratique de la médecine. Et nous nous consacrerons à leur cas.

Il y a une autre catégorie des DFMHCE. Il s'agit des diplômés des facultés étrangères qui viennent au Canada pour la formation post-graduée dans le cadre des accords entre le gouvernement canadien et leurs gouvernements. Notons que cette catégorie de DFMHCE n'est pas concernée par notre objet général de recherche qui est l'intégration à l'emploi au Canada. Par contre, il est nécessaire de la mentionner ici car, comme nous le verrons plus loin, pouvoir accéder à la formation post-graduée est très difficile pour les gens formés en dehors du Canada et des Etats-Unis car, selon les

autorités concernées, les diplômes sont difficiles à évaluer car les systèmes d'éducation qui les ont octroyés ne sont pas bien connus. Or il sied bien de se demander comment on arrive à évaluer les diplômes des candidats à la formation post-graduée envoyés par leurs pays d'origine et non ceux des immigrants qui ont fréquenté les mêmes écoles ou des écoles similaires.

En bref, nous nous limiterons au cas sociologique des DFMHCE qui ont immigré sans offre d'emploi au Canada même si nous ne pouvons pas nous empêcher de faire allusion de temps à temps aux autres groupes de gradués ayant affaire aux autorités chargées du processus d'accréditation.

1.2.1.1.1. Le contexte actuel de pénurie en médecins au Canada et en Ontario en particulier

Nous ne pouvons pas terminer cette section de la thèse traitant de la question de l'intégration des médecins immigrants en milieu du travail ontarien sans parler du contexte actuel de l'insuffisance des effectifs médicaux et des problèmes suscités par leur répartition dans la province. Beaucoup a été écrit sur ces problèmes et les tentatives de solution ont été avancées et, certaines d'entre elles, ont été mises en action. (Tyrrell et Dauphinee, 1999 ; Stoddard et Barer, 1999 ; Romanow, 2002 ; Chan, 2002 et Groupe de travail Deux du Forum médical canadien a et b) Les problèmes sont très graves dans certaines communautés : beaucoup de Canadiens signalent qu'il leur est difficile de se trouver un médecin de famille. L'attente pour les services d'un spécialiste peut s'avérer longue pour les patients.

En 2002, l'Institut canadien d'information sur la santé a sorti un rapport pour éclaircir la question de la pénurie des médecins au pays (Chan, 2002). Ce rapport intitulé Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'histoire des médecins canadiens dans les années 1990 analyse les changements survenus dans les effectifs médicaux au Canada au cours de la dernière décennie. Le Dr. Ben Chan, l'auteur de l'étude qui a donné lieu au rapport écrit que les effectifs de médecins ont atteint le sommet en 1993 et ont baissé depuis lors pour se retrouver au niveau de 1987. L'auteur impute cette baisse à quatre différents facteurs :

- La baisse est attribuable à 25% au prolongement de la durée de la formation postdoctorale pour les médecins de famille depuis 1993.
- 22% de la baisse est attribuable au nombre réduit de médecins étrangers entrant au pays.
- 17 % de la baisse est attribuable à l'augmentation du nombre de médecins qui ont pris la retraite.
- 11 % de la baisse des effectifs est attribuable à la réduction des inscriptions dans les facultés de médecine. Ce pourcentage est bas mais comme l'indique le Dr. Chan, c'est dans les années à venir que l'impact se fera sentir.

Cette étude montre ce qui se passe au niveau national. En Ontario, le gouvernement a dû ajouter un nouveau mandat au programme spécial provincial chargé de trouver au problème de pénurie de médecins. Il s'agit du *Underserviced Area Program* (UAP ou programme pour régions désignées en manque de professionnels médicaux) qui

a été établi en 1969 initialement pour répondre au problème de pénurie de médecins au Nord de l'Ontario.

Or ces dernières années, le programme a progressivement ajouté à son rôle la résolution des problèmes concernant les ressources humaines en santé dans les communautés du sud de l'Ontario. Pour le moment, la pénurie se déclare dans une variété de communautés. Et elle est très répandue. De nombreuses communautés de l'Ontario se trouvent sur la liste du UAP, non seulement en ce qui concerne la pénurie des médecins de famille mais aussi pour les spécialistes et thérapeutes en réadaptation. Selon le ministère de la Santé et des soins de longue durée, différentes communautés à travers la province peuvent se trouver et se trouvent sur la liste pour la pénurie de médecins de famille mais seules les communautés nordiques peuvent acquérir l'appellation de communauté en manque de médecins spécialistes.¹⁰

Le programme UAP est administré par la branche du nord de l'Ontario de la division des programmes de soins de santé afin d'assurer un meilleur accès aux services de soins de santé dans certaines régions rurales et éloignées de la province. Ces régions ont des difficultés à attirer les médecins et à les retenir sur place. Le programme offre une gamme de services et programmes dont des primes pour encourager les médecins à aller travailler dans les régions désignées. Il y a également l'administration des soins dans des cliniques par des infirmières cliniciennes ou médecins ambulants, des opportunités de remplacement lors des congés pour vacances et formation, ainsi que d'autres modalités de soutien aux médecins du nord de la province. Pour qu'une communauté soit mise sur

¹⁰ Voir des listes des régions en pénurie de médecins aux adresses suivantes :
<http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/listofareas/specialistladau.pdf>
http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/listofareas/gp_ladau.pdf

la liste du programme UAP, certaines exigences doivent être satisfaites. Les facteurs considérés sont :

- les données sur les professionnels de santé (leur nombre dans la communauté),
- la population et le ratio médecin/population,
- les efforts de recrutement fournis dans le passé,
- la demande locale pour services,
- les demandes additionnelles en services de santé et les ressources,
- le soutien des professionnels de santé locaux, et
- une lettre du Conseil de santé de la région attestant de son soutien et ses recommandations.¹¹

1.2.1.1.2. Exigences générales en vue de l'accréditation des DFMHCE

Comme indiqué plus haut, la responsabilité de l'émission du permis pour l'exercice de la médecine incombe à chaque ordre des médecins des provinces et des territoires en vertu de lois médicales respectives et des règlements qui en découlent. Par contre, pour assurer l'équivalence des médecins et la reconnaissance des diplômes et des formations professionnelles, il existe une autorité au niveau fédéral qui chapeaute les ordres

¹¹ Une autre initiative prise pour desservir l'ensemble du Nord de l'Ontario est la création récente d'une nouvelle école de médecine en milieu chroniquement en manque de médecins. L'École de médecine du Nord- Ontario est un partenariat de l'Université Laurentienne à Sudbury et de la Lakehead University à Thunder Bay. Outre ses principaux campus implantés principalement dans ces deux villes, l'Ecole aura des satellites d'enseignement et de recherche répartis dans des petites et dans des grandes collectivités de tout le Nord de l'Ontario. L'approche pédagogique sera axée sur la particularité du patient pris dans son contexte personnel, familial et communautaire. Donc, les caractéristiques de la population du grand Nord à être servie qui est franco-ontarienne, autochtone et anglophone seront au centre de la formation de nouveaux médecins.

provinciaux. Il s'agit du Conseil médical du Canada (CMC.) C'est le CMC qui confère le statut de Licencié du Conseil Médical du Canada (LCMC) pour permettre la pratique de la médecine au Canada.

Cet organe est chargé, entre autres, de l'évaluation des compétences des diplômés des facultés de médecine hors Canada et Etats-Unis (DFMHCE.) Ces derniers doivent démontrer qu'ils ont fait leurs études médicales dans l'une des écoles figurant dans le Répertoire mondial des écoles de médecine de l'Organisation mondiale de la santé. Les candidats qui remplissent cette condition sont admis à l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EECMC.)

Après réussite de cet examen, d'autres exigences sont de rigueur. Il s'agit de tests d'aptitude (parties 1 et 2.) Notons qu'entre le passage de la première partie du test et de la deuxième, figure une formation clinique post doctorale d'au moins 12 mois.

En bref, pour pouvoir pratiquer la médecine au Canada, les candidats sont tenus de passer avec succès :

- l'EECMC,
- la partie I du test d'aptitude,
- une formation de résident,
- la partie II du test d'aptitude.

Il existe quelques variations mineures selon les provinces/territoires et les programmes.

Mais normalement ce stade, le DFMHCE peut demander une inscription avec l'ordre des médecins de sa province/territoire et peut commencer à exercer la profession médicale dans cette juridiction.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE

2.1. Introduction

Après la revue de la littérature, nous présenterons notre approche théorique qui s'inscrit dans la perspective de l'étude des rapports sociaux de domination et du professionnalisme. Spécifiquement, nous proposons un concours des intérêts professionnels et d'un processus de racialisation/ethnisation des médecins immigrants, processus qui assure un marché fermé aux médecins diplômés dans les facultés de médecine canadiennes.

2.2. Problématique

Comme nous l'avons vu plus haut, entre 2000 et 4000 médecins immigrants sont au chômage ou détiennent des emplois subalternes dans le domaine de la santé ou autre en Ontario. Ces médecins ne peuvent pas pratiquer la médecine dans la province. Il leur manque la licence requise pour la pratique de la médecine. Cependant, le processus d'accréditation qui mène vers l'obtention de la licence est jonché d'obstacles. Parallèlement, comme nous l'avons vu, les autorités politiques et médicales et la population en général reconnaissent qu'il y a une pénurie de médecins en Ontario.¹² Et le reste du pays connaît plus ou moins le même problème (Dixon, 2003; The Maytree Foundation, 2001; Commission Romanow, 2002; Gouvernement du Manitoba, 2002; et Gouvernement de l'Ontario, 2003a et b.) On peut se poser alors la question pourquoi les médecins formés à l'étranger ne peuvent aider à enrayer la pénurie. Si la demande en

¹² Voir la partie 1.2.1.1 pour plus de détails sur la pénurie dans la province et les listes de communautés en manque d'un nombre suffisant de médecins

médecins est trop grand par rapport à l'offre, pourquoi ne pas faciliter le processus d'accréditation pour que les médecins déjà formés (qui n'ont souvent besoin que d'une courte période de résidence évaluative ou d'une formation supplémentaire de courte durée.) soient en mesure d'occuper les postes de médecins qui sont vacants.¹³

Faciliter l'accès à la pratique de la médecine pour les médecins formés à l'étranger, sans toutefois perdre le niveau requis de compétence et connaissance, serait bénéfique à la population qui a des difficultés aujourd'hui à se faire procurer les services médicaux dans des délais acceptables. Également au plan socio-économique, le Canada et les immigrants sortiraient gagnants de cette situation. En effet, comme nous l'avons vu, l'une des raisons derrière l'immigration au Canada est la construction du pays et l'enrichissement en capital humain. Or les immigrants qui ont déjà eu une formation médicale, au complet ou en partie, devraient constituer un atout pour la planification des ressources humaines médicales.

La littérature théorique que nous avons pu trouver pouvant donner un début d'explication sur la situation apparemment contradictoire qui a donné lieu à notre question de recherche ne porte pas exactement sur notre problème spécifique. Il s'agit des analyses théoriques (et empiriques) sur des thèmes tels que le professionnalisme en général, les minorités visibles (raciales, ethniques et autres), l'immigration et la discrimination. La discussion théorique qui suit couvre ces derniers thèmes de façon générale.

¹³ Selon le directeur exécutif de l'Association des facultés de médecine du Canada, une solution à court terme à apporter au problème de pénurie serait l'intégration des médecins formés à l'étranger qui sont déjà au pays.

2.3. La théorisation du professionnalisme

Tout d'abord, pour aborder la question des politiques et pratiques des corps professionnels quant au processus d'accréditation des médecins immigrants, nous avons opté pour l'analyse théorique du professionnalisme. Pour ce, nous avons fait appel à la sociologie des professions. Cependant, la littérature existante sur ce sujet est aussi dense que variée, selon entre autre la géographie et l'époque concernées. Chez les théoriciens de langue française, la sociologie des professions est quasi inexistante à cause de l'hétérogénéité des usages du terme 'profession' en français. Ce sont les sociologies du travail et des organisations qui englobent plus ou moins ce que les Anglo-saxons appellent la sociologie des professions sans toutefois s'y consacrer à proprement parler. Dans la littérature anglo-saxonne, cette dernière est une branche académique assez bien établie depuis longtemps (Dubar et Tripier, 1998.) Les constructions théoriques varient également. Dubar et Tripier mentionnent trois grandes orientations théoriques: celle inspirée par la tradition fonctionnaliste, celle de la sociologie interactionniste et celle d'inspiration wébérienne.

Nous inscrivons notre démarche dans la mouvance wébérienne qui nous semble la plus féconde. En effet, différents sociologues des professions se sont inspirés des travaux de Max Weber pour élaborer des théories pouvant expliquer le fait professionnel. Ils y remettent en question les justifications morales avancées par les professionnels, la sacro-sainte protection du public notamment. Ils mettent en lumière le monopole dont jouissent les corps professionnels, la fermeture sociale (*social closure*) du marché du travail mise en lumière par Weber dans Économie et société. Cette approche théorique donne un début d'explication de ce que nos lectures nous montrent: les procédures d'accréditation

des médecins formés à l'étranger sont jonchées de barrières souvent insurmontables (Brouwer, 1999; Alboim et the Maytree Foundation, 2002; McDade, 1988 et Reitz, 2001.) Comprendre ce phénomène demande d'abord la compréhension de quelques éléments essentiels de théorie wébérienne du pouvoir et des groupes statutaires. Notre exposé théorique donnera ensuite un bref exposé sur ce que Magali Sarfatti Larson (1988), Julia Evetts (2003) et Eliot Freidson (2001) disent du fait professionnel.

Contrairement à Marx, Weber conçoit la notion de pouvoir d'une façon générale plutôt qu'exclusivement économique. La distribution du pouvoir dans la société reflète l'existence des classes, des groupes statutaires et des parties politiques. La hiérarchisation sociale est effectivement liée aux critères économiques, sociaux et politiques (Runciman, 1978¹⁴, p. 43). Le pouvoir économique peut résulter de la détention d'autres pouvoirs. Il peut être considéré uniquement pour ce qu'il est. Il peut être une base pour le statut social mais cela n'est pas toujours le cas. En contrepartie, le statut social et prestige peuvent procurer un pouvoir économique. Dans certains cas, le système juridique se porte garant du pouvoir et du statut social pour un groupe social donné. C'est dans le cas de l'existence de groupes statutaires que l'on peut parler de monopolisation de biens et services matériels et culturels. Et cela s'appelle fermeture sociale (*social closure*).

Selon Murphy (1988), Weber a conçu beaucoup de facteurs possibles utilisés par un groupe donné pour écarter un autre des avantages. "Any convenient, visible characteristic, such as race, language, social origin, religion, or lack of particular school diploma, can be used to declare competitors to be outsiders." (p. 8). Toujours, selon

¹⁴ Cet ouvrage est une compilation des textes choisis par l'auteur dans différents ouvrages de Weber. Il s'agit donc des extraits des travaux de Weber et non d'une interprétation des travaux de Weber faite par l'auteur.

Murphy (1988), pour Weber, la fermeture sociale est théoriquement reliée au concept de groupe statutaire. “Status groups are seen as the bearers of specific conventions and can be formed on the basis of race, ethnicity, or other forms of hereditary prestige, formal education, or occupation” (p. 8).

En bref, en théorisant la fermeture sociale, Weber a pu rendre compte d’autres formes de monopolisation des biens et services. (La théorie marxiste ne pouvait pas se sortir de son cantonnement de l’économique afin de prendre en considération d’autres facteurs). Ainsi, d’autres processus de domination sociale sont mis en lumière.¹⁵ Le processus de fermeture sociale dans le cas des groupes statutaires nous concerne ici plus que les deux autres puisque notre sujet de recherche concerne les organisations professionnelles. Ces dernières semblent incarner les caractéristiques de groupe statutaire.

Freidson est un auteur qui a consacré beaucoup de travail sur les thèmes de professionnalisme, organisations professionnelles et surtout la médecine comme profession. Dans son ouvrage Professionalism, The Third Logic (2001), une analyse des trois types idéaux d’organisation du travail est proposée dans son ouvrage afin de bien déterminer les caractéristiques du professionnalisme. Le professionnalisme est placé en opposition à la bureaucratisation, d’un côté, au sein de laquelle les gestionnaires (managers) assurent le contrôle du travail, et de l’autre, au libre marché où le contrôle est exercé par les consommateurs eux-mêmes. Selon la théorie du professionnalisme fondée sur les formes de contrôle de travail, les groupes professionnels contrôlent les conditions

¹⁵ Pour plus d’information sur l’élaboration théorique qui a été faite sur le travail de pionnier de Weber sur la notion de fermeture sociale, voir Frank Parkin (1979) et Collins (1975).

de travail dans leurs domaines de travail et ont le pouvoir de se tailler une place hiérarchisée avantageuse dans ces domaines.

Occupational control of the division of labour is a central element of ideal-typical professionalism. It involves direct control by specialized workers themselves of the terms, conditions, goals, and content of their particular work. The content, and, since relationships with others are intrinsic to specialization, the boundaries of specializations are established, maintained, and changed by the negotiation of jurisdictions, which establish the basis for coordinating their work. This negotiated order also establishes the functional and hierarchical relations among the occupations that cooperate in the joint production of a particular product or service (p.60.)

D'ailleurs, dans l'ouvrage Professional Powers, Freidson insiste sur l'institutionnalisation du savoir formel. Le lien entre le savoir et le pouvoir est recherché dans des analyses des institutions du professionnalisme aux Etats-Unis : « Ces institutions sont théorisées comme des systèmes de contrainte, de régulation et de prestige qui assurent, par des moyens divers mais convergents, l'institutionnalisation du savoir formel c'est-à-dire sa reconnaissance sociale et sa transformation en pouvoir diffus sur l'ensemble des activités » (Freidson cité dans Dubar et Tripier, 1998, p. 125.)

Selon Dubar et Tripier, la légitimité du contrôle qu'exercent les professionnels sur leur travail repose sur des connaissances spécialisées soutenues par une reconnaissance officielle; sur une formation longue, contrôlée par l'élite professionnelle; sur l'existence d'un espace professionnel et d'une division du travail contrôlées par les professionnels eux-mêmes et sur l'existence d'un marché du travail fermé auquel accèdent seulement les professionnels.

Magali Sarfatti Larson a écrit intensivement sur le fait professionnel elle-aussi et elle montre dans son article que le projet de professionnalisation ne se fait pas dans un

vide. La situation socio - politique permet le succès de la clôture du marché. Le discours tenu par les professionnels est leur arme de guerre. Leur discours est dit vrai ou plus vrai que celui des non-experts. C'est ainsi que les rivaux des professionnels et le public profane sont amenés à accepter les compétences soi-disant supérieures, rares et ésotériques des professionnels (Sarfatti Larson, 1988).

Evetts (2003) explique l'attrait des concepts de profession et professionnalisme et leur utilisation de plus en plus grande par des organisations représentant différentes occupations, dans différents contextes de travail et dans une variété de systèmes sociaux. L'auteur propose deux approches sociologiques du professionnalisme, à savoir le système de valeurs normatives et l'idéologie du pouvoir professionnel. La première perspective donnerait une image positive du concept de professionnalisme grâce à sa contribution au concept d'un ordre social normatif. Quant à la seconde perspective, elle préconise une image négative du professionnalisme. Ce dernier est conçu comme « a hegemonic belief system and mechanism of social control for 'professional' workers.» (p. 399)

L'auteure propose ensuite une troisième approche qui, dans son opinion, expliquerait la nature des professions aujourd'hui. Cette approche est un amalgame des deux premières. Effectivement, le professionnalisme conceptualisé comme idéologie (expliquant le pourquoi des privilèges d'auto réglementation, de la reconnaissance par l'État de l'expertise exclusive, du pouvoir de définir les problèmes dans le domaine d'expertise et du contrôle de l'accès aux solutions potentielles, etc.) n'est plus accepté sans questionnements : des crises de l'État providence remettent en question la formule professionnelle des services sociaux dont le coût devient difficile à assurer :

(r)emedial measures to attempt to contain the fiscal crises have been taken (...) and these have included cut-backs in funding and institutional 'rationalizations' as

well as the promotion of managerial/organizational cultures in the professional public sector including medicine. As Hanlon (1999: 121) has explained: 'in short the state is engaged in trying to redefine professionalism so that it becomes more commercially aware, budget-focussed, managerial, entrepreneurial and so forth' (p. 407-408)

Quant à la présentation du professionnalisme comme un système de valeurs normatif, Evetts écrit que des changements ont dû avoir lieu pour répondre aux contextes sociaux de travail actuels. Les groupes professionnels redéfinissent leurs responsabilités en y ajoutant la formation continue pour renforcer la carrière des membres. Ces derniers sont en plus caractérisés par la capacité de bien gérer leur travail eux-mêmes et de faire montre de motivation pour leur travail. Pour l'auteure, les deux facettes du professionnalisme existent côte à côte aujourd'hui. L'équilibre dans la co-existence des deux conceptualisations varie selon les professions et selon les contextes d'emploi.

En résumé, d'après Weber et les théoriciens néo-weébériens que nous venons de voir, les organisations professionnelles constituent des groupes statutaires qui ont un prestige social, et qui, grâce à un processus de domination garanti par des règles juridiques, arrivent à consolider et garder fermé, quand elles le souhaitent, le marché du travail lié à leurs professions.

2.4. Le concours des intérêts de classe et du processus de racialisation/ethnification des médecins immigrants

En parlant du problème d'insertion des immigrants à l'emploi, qui est notre sujet de recherche général, nous ne pouvons pas oublier que la population à l'étude est une catégorie sociale à part. Par conséquent, nous ne pouvons pas nous contenter d'analyser

le problème social qui nous préoccupe dans un contexte canadien indifférencié. C'est vrai qu'il y a bien quelques natifs du Canada qui ont fait leurs études de médecine ailleurs qu'au Canada et qu'aux Etats-Unis et qui ont des difficultés à obtenir une licence pour pratiquer la médecine au Canada. Mais la vaste majorité des DFMHCE sont des immigrants. En outre, certaines provinces du Canada réservent explicitement ou non, un traitement préférentiel pour les DFMHCE de certains pays. Il s'agit de quelques pays du Commonwealth, tous du monde occidental à l'exception de l'Afrique du Sud. Il nous faut donc examiner le processus d'accréditation sous l'angle des rapports sociaux de domination basés sur la race et l'ethnie. D'ailleurs, selon les données compilées par l'Association of International Medical Graduates of Ontario, les origines nationales des DFMHCE sont au nombre de 92 et la plupart sont asiatiques et est-européens.

Essayer de repérer des instances de discrimination dans des politiques des autorités chargées d'évaluer les DFMHCE est une entreprise plutôt difficile. Les résultats des études empiriques comme celle de Li (2001) ci-haut citée, montrent qu'il y a des groupes sociaux qui subissent une discrimination systémique mais ces études n'arrivent pas à valider d'une façon sûre leurs allégations à propos de la source de discrimination. Depuis 1967, les politiques de l'immigration au Canada ont été libéralisées et rendues plus démocratiques. Le pays a commencé à ouvrir la porte aux immigrants d'origines ethniques et raciales diversifiées, ce qui fait que, parmi les rangs des gens qui immigreront au Canada, nous trouvons beaucoup de minorités visibles (Voir les annexes 9 et 11). C'est pour cette raison que nous analysons la question des politiques d'accréditation des médecins immigrants comme un phénomène présentant une discrimination basée sur la

race et l'ethnie. Concrètement, nous effectuerons un parcours analytique de la racialisation/ethnisation des médecins immigrants.

A l'explication théorique donnée par le professionnalisme, nous ajoutons donc le processus de racialisation et/ou ethnisation des médecins immigrants. En bref, nous théorisons le phénomène à l'étude comme le résultat du concours des intérêts professionnels et du processus de racialisation et/ou ethnisation des médecins immigrants. Beaucoup d'auteurs sont cités quant à la théorisation de la discrimination dont sont victimes les médecins immigrants dans le processus d'accréditation. Le point commun parmi ces théorisations est la perspective empruntée des rapports sociaux de domination.

Guillaumin (1972) offre des définitions pour les concepts de race et de racisme. Pour cette sociologue, une recherche de l'origine des deux concepts et les réalités représentées à travers l'histoire des sociétés européennes occidentales montre qu'historiquement, la race a vu le jour au 15^{ème} siècle. Ce terme désignait un groupe généalogique, c'est-à-dire, un simple lignage familial. C'est à partir du 19^{ème} siècle que la conception actuelle du concept de race a vu le jour grâce aux sciences humaines qui passaient d'une conception théologique des choses à une conception héréditariste. La notion de race est devenue physique et naturelle. En tant que tel, elle a pris un cachet immuable, irréversible. Par la suite, cette notion est passée des sciences naturelles aux sciences sociales. Elle est devenue un objet des sciences capable d'expliquer les différences sociales. Depuis, selon Guillaumin, la race est, par conséquent, un signifiant : les caractères physiques sont montrés comme des causes de conduite sociale dans la perception actuelle de la race. Mais alors comment cela fonctionne-t-il ?

La race est souvent vue comme étant matériellement existante (les traits somatobiologiques en attestent), mais appliquer une classification raciale est souvent impossible, voire même fantaisiste, si on considère par exemple que certains Noirs américains sont physiquement plus blancs que noirs et que les Noirs du 15^{ème} siècle ne sont pas du même groupe ou de la même civilisation que les Noirs du 20^{ème} siècle. Rappelons également qu'historiquement, on désignait comme races certains autres groupes et classes sociaux comme les ouvriers, les étrangers, les malades mentaux, les déviants sociaux et même les Juifs. Pour notre auteure, la race a deux aspects analytiques inséparables, à savoir la différence biologique et la différence culturelle. « [Ces deux aspects] sont perçus dans le même temps et le même registre » (p. 66)

Dans l'argument de Guillaumin,

«... Si un groupe est constitué d'une façon cohérente et stable il apparaîtra sous le signe bicéphale du biologique et du culturel. Cette forme perceptive joue indifféremment sur les groupes qui ont une cohésion socioculturelle comme les Juifs, les femmes ou les minorités culturelles, et sur les groupes qui n'existent que parce qu'ils sont désignés comme tels par les institutions : les aliénés, les homosexuels, les vagabonds par exemple. L'identité des caractères sociaux et physiques est posée, qui est le trait constitutif de la pensée raciste. La distinction entre les deux niveaux est un acte intellectuel, volontaire, rectificatif qui est postérieur à la perception, toujours marquée de l'unité originelle (...) La relation causale entre le physique et le socio-mental est une vue analytique. C'est le terme d'identité qui rend mieux compte du processus perceptif impliqué : même mot, même réalité. Dans cette perspective le caractère physique est le signifiant de la différence radicale ... »(Guillaumin, pp.66-67).

Ainsi, pour théoriser le racisme à partir de la définition de la race, Guillaumin écrit que c'est le caractère physique apparent ou réel qui est le nœud de l'organisation raciste autant qu'elle s'associe à la perception de la différence sociale. Le groupe dominant a besoin d'un support physique pour baser une désignation sociale. Ce caractère varie selon les cultures et les groupes. La différence érigée grâce à ce caractère

choisi « se manifeste comme pur signifiant, porteur des catégorisations et des valeurs d'une société. » Pour l'auteure, dans le racisme, la donnée physique a une valeur *sémantique*¹⁶ avant de se constituer en cause. Le physique est le signifiant de la différence.

Selon notre auteure, dans le racisme, la race est présente. Il s'agit de celle qui est imaginaire (car les différences sociales, culturelles, linguistiques sont tenues pour biologiques et immuables.) La race n'est pas une réalité biologique mais plutôt une forme biologique utilisée comme signe. En bref, la race existe en tant qu'elle a un rôle dans la définition de la différence radicale et, par conséquent, légitime les actes racistes.

En parlant de rapports raciaux au Canada à la lumière de l'augmentation des membres des minorités visibles dans la société ces dernières trois décennies, Peter Li (2003) vient renforcer les propos de Guillaumin pour un cas empirique canadien. Il écrit que la diversité culturelle et la différenciation sociale qui accompagnent ce phénomène sont des constructions sociales et non des données naturelles. Les marqueurs naturels qui sont plutôt superficiels sont utilisés pour ériger certaines personnes en groupes sociaux distincts. Ce groupement est normatif et est opéré par le groupe dominant. Selon Li, les membres d'un groupe marqué comme étant différent subissent des traitements sociaux différents, par exemple en matière d'opportunités d'emploi, d'éducation et autres. Par ailleurs, les caractéristiques sociales négatives attribuées aux groupes donnés sont dites naturelles et non générées socialement. Même la situation socio-économique des membres de ces groupes, qui est en grande partie imputable au traitement différentiel

¹⁶ Mise en italique par l'auteure citée

dont ils sont sujets, est plutôt vue comme une conséquence des caractéristiques inhérentes du groupe.

Pour nous, ce que Guillaumin appelle choisir un signifiant pour déterminer les catégorisations sociales, nous l'appelons processus de racialisation ou d'ethnisation, selon le caractère choisi comme signifiant. Le processus de racialisation signifie la représentation des différences entre les groupes humains comme dues à des facteurs biologiques, immuables et naturels. La hiérarchie sociale ou les classes sociales peuvent être racialisées, et la racialisation biologise les interactions sociales. Selon Satzewich (1998), la racialisation peut mener au racisme ou non (p. 38). Notre utilisation du concept racialisation implique la présence du racisme. Une bonne définition sociologique du racisme, selon Satzewich, est donnée par Robert Miles (1989) « Racism (...) refers to ideas that delineate group boundaries by reference to race or to real or alleged biological characteristics, and which attribute groups so racialized with other negatively evaluated characteristics. » Cette définition est assez large selon Satzewich pour couvrir les différentes formes et expressions du racisme (p. 38) selon les différentes conditions historiques, sociales et économique du moment. L'une de ces formes est le racisme systémique qui, selon notre opinion, aboutit à une discrimination systémique dans le processus d'accréditation des médecins immigrants.

Selon Legault (2002), « la discrimination systémique n'est ni explicite, ni volontaire, ni même consciente ou intentionnelle, mais relève le plus souvent d'un système de gestion fondé sur un certain nombre de présupposés, le plus souvent implicites, quant aux divers groupes et comprenant un ensemble de pratiques et de coutumes qui perpétuent une situation d'inégalité à l'égard des membres des groupes

cibles» (p. 34). La discrimination systémique n'est donc pas observée au niveau des actes individuels mais elle imbibe plutôt le niveau structurel et les conséquences différentielles qui sont perçues chez certains groupes. Par exemple, si une exigence non pertinente quant aux compétences réellement requises pour occuper un poste d'emploi est requise lors d'une compétition pour ce poste et que cette exigence désavantage un groupe donné de candidats, on peut parler de discrimination systémique.

Notre perception du processus d'ethnisation ressemble à celle du processus de racialisation, mais les signes marqueurs de différence sont différents. Ici, il s'agit de traits culturels tels que la langue, la religion et les mœurs érigés en attributs essentiels de groupes sociaux. Danielle Juteau (1999) perçoit l'ethnicité comme un rapport social porteur d'inégalités. Sa perspective est constructiviste. Elle s'inspire de la définition de Weber de l'ethnicité qui voit celle-ci comme le résultat d'une forme de croyance (et non d'essence) en une origine commune réelle ou putative par une collectivité d'individus. La conception de l'ethnicité de Juteau n'est donc pas essentialisante ni culturaliste. Elle s'appuie plutôt sur le fait que la croyance en une parenté commune est largement induite par certaines dynamiques sociales, notamment par l'organisation et la vie politiques nationales. La communalisation au niveau ethnique n'est donc pas a-historique.

Pour Juteau, les rapports fondés sur la base ethnique sont des rapports inégalitaires. Introduisant la conception de frontière double, la théoricienne explique l'ethnisation. L'ethnicité a deux frontières, interne et externe. Dans la réalité, les deux frontières sont indissociables. La frontière externe est celle qui est créée par le groupe dominant. Ce dernier choisit des traits arbitraires pour marquer le groupe minorisé. La langue, la religion, l'origine géographique ou autre caractère sont apposés comme cachet

de différences naturelles qui légitiment les inégalités sociales. Ce processus de particularisation d'un groupe donné marque la différence entre le « nous » et les « autres ». Le groupe dominant est le référent et le groupe minorisé est différent et particulier.

La face interne de la frontière est constituée par le groupe minorisé lui-même, souvent en réaction à des situations de domination. Des traits sont choisis pour se définir et s'unir. La construction des deux frontières est étroitement liée et, chronologiquement, il reste difficile de dire quelle frontière précède l'autre. Cependant, dans beaucoup de cas, une partie de la création de la frontière externe est antérieure à l'autre. En bref, le processus d'ethnisation se fait dans un cadre de rapports inégalitaires, et il érige des groupes sociaux en deux blocs, « nous » et « les autres », selon des critères culturels, religieux ou autres, perçus comme essentiels et fondamentaux dans la définition d'une collectivité donnée.

Pour notre sujet de recherche, nous postulons qu'il s'agit d'une racialisation/ethnisation des rapports sociaux qui permet d'expliquer le cas du traitement différentiel subi par les médecins immigrants formés à l'étranger. Par cette approche, nous voulons montrer que les catégories analytiques de race/ethnie et classe sont toutes imbriquées dans l'explication des pratiques racistes que nous observons. D'un côté, à elles seules, la race ou le processus de racialisation ne peuvent pas expliquer théoriquement le phénomène et, de l'autre, la protection des intérêts professionnels (ou de classe) n'est pas en mesure, théoriquement, de rendre intelligible le traitement différentiel que subissent les médecins immigrants par rapport aux autres requérants d'une licence pour la pratique de la médecine.

Selon Stuart Hall, les idées racistes ne sont pas

“...[a] set of false ideas which swim around in the head. They're not a set of mistaken perceptions. They have their basis in real material conditions of existence. They arise because of concrete problems of different classes and groups in society. Racism represents the attempts ideologically to construct those conditions, contradictions and problems in such a way that they can be dealt with and deflected at the same moment ...”(Stuart Hall, 1978, p. 35 cité dans Satzewich, p. 43)

Pour Hall, écrit Satzewich, les personnes qui produisent les idées racistes ou qui s'adonnent aux pratiques racistes ne sont pas des individus abstraits. Ils font partie d'une certaine classe, sont d'un certain sexe et appartiennent à une race ou une ethnie donnée. Par conséquent, pour comprendre le racisme, il faut l'analyser également à partir de la perspective de ceux qui produisent les idées racistes ou pratiquent le racisme. Il ne suffit pas de voir seulement où sont localisées les victimes selon la classe, la race/ethnie et le sexe. En d'autres termes, en ce qui concerne notre sujet d'étude, nous devons voir dans les différentes divisions sociales citées ci-haut, où se placent non seulement les médecins immigrants mais également les individus/institutions chargé(e)s du processus d'accréditation.

Dans son étude sur la question du genre au sein des organisations, Joan Acker (2000) montre que les rapports de sexe, de classe et de race sont produits mutuellement dans un processus continu. En plus, l'auteure voit la classe tout comme la race et le sexe comme des pratiques, d'où la théorisation de ces concepts comme des processus de racialisation, de "classialisation" et de "sexage" et non des catégories immuables.

À l'instar de Hall, l'auteure insiste pour voir la classe du point de vue de tous ceux qui sont concernés, et pour examiner les modalités socio-historiques qui ont entouré ces processus et dont les résidus continuent à hanter les pratiques concrètes actuelles. De

plus, il est important de voir que "Class, race and gender patterns are not just the shards of history, but are continually created and re-created in today's organizations, as people are hired, promoted, or fired, as wages are set, and as managers, supervisors, and workers organize and execute their daily tasks." (Acker, 1990 citée dans Acker, 2000, p.198).

Pour Acker, la connexion entre les trois concepts, à savoir la race, le sexe et la classe est très complexe et essentielle pour toute analyse sociologique.

En bref, nous lisons une discrimination basée sur la race et l'ethnie dans les exigences que doivent satisfaire les DFMHCE pour l'accréditation et les conditions dans lesquelles ces médecins doivent passer à travers le processus.

2.5. La part de l'idéologie dans les politiques discriminatoires contre les médecins immigrants

On peut se demander comment des politiques et pratiques discriminatoires peuvent passer inaperçues ou être acceptées dans un monde régi par des droits de l'individu. En ce qui concerne les professions, la réponse réside, en partie, dans l'organisation idéologique de ceux qui s'adonnent à ces pratiques.¹⁷ Dans son article, Magali Sarfati Larson (1988) discute les différents chemins suivis par les professions pour atteindre la clôture sociale. " Le succès d'un projet de professionnalisation se définit tant par le contexte politique que par l'efficacité de la profession même, qui dépend, elle, de ressources intellectuelles,

¹⁷ Dans notre société il fut un moment où les pratiques racistes et/ou sexistes étaient monnaie courante et existaient au vu et au su des gens. Aujourd'hui, après plus de deux décennies de l'existence des chartes canadienne et québécoise des droits et des libertés de la personne, les idéologies et pratiques ouvertement racistes et sexistes sont plutôt rares. Des allusions à la race ou au sexe dans les pratiques discursives cèdent place à des idéologies apparemment non -racistes et non -sexistes où une opposition ouverte au racisme et sexisme est exprimée. Cependant, en réalité, surtout à cause de la survie de l'idéologie et des structures socio-économiques et politiques qui ont peu changé, les groupes racialisés et les femmes continuent à subir des conséquences des actes qui, à première vue, sont justes et équitables.

idéologiques et sociales diverses"(Larson, p.40). Nous retenons ici la partie idéologique car, dans notre opinion, sans un discours légitimateur, les groupes de travailleurs ne pourraient former des professions. Ils doivent préparer le terrain pour que, quel que soit le contexte politique, leurs réclamations soient entendues et satisfaites. Freidson (2001) reconnaît l'importance primordiale de l'idéologie pour le professionnalisme. Il écrit:

The formal institutions of professionalism establish the economic and social conditions which allow those with a specialized body of knowledge and skill to control their own work. They are objective in that it is possible to determine empirically whether or not they exist by examining charters, official classifications, licensing laws, tables of organization, and the like. However, at their root are other elements which are rather less tangible, but which are no less essential, for they justify the institutions of professionalism: *the claims, values, and ideas that provide the rationale for these institutions of professionalism* ¹⁸(p. 105)

L'État semble se laisser influencer et intimider par des organisations des médecins. Le monopole que détiennent les médecins en tant que groupe d'intérêts semble difficile à défaire malgré les provisions légales dont disposent les gouvernements. En ce qui concerne les effectifs de médecins et leur distribution géographique nécessaire à la bonne marche du système, l'histoire récente du système de santé au Canada montre que l'État a des difficultés à servir adéquatement les besoins de la population. Les intérêts des organisations de médecins sont à l'encontre de ceux de la population. Par exemple, nous avons assisté à des coupures dans les inscriptions dans les facultés de médecine et dans les programmes de recrutement des médecins étrangers et d'accréditation de ceux qui sont déjà sur le sol canadien, alors qu'il était probable qu'une pénurie allait arriver

¹⁸ Mise en italique par l'auteur

quelques années après.¹⁹ Nous verrons plus tard que, même si les gouvernements provinciaux sont en charge de la décision du nombre des inscriptions dans les facultés médicales, ils sont fortement influencés par les organisations professionnelles de médecins.

A l'aide d'un discours idéologique avançant entre autre les raisons de la protection de la population et une expertise inaccessible aux non-initiés, les organisations professionnelles ont obtenu des gouvernements la responsabilité de s'auto-réglementer et de contrôler les mouvements sur le marché du travail. Le discours idéologique important utilisé pour valider les pratiques des professionnels de la médecine tourne autour de la sacro-sainte protection de la population. Freidson explique cela en ces termes :

The professional ideology of service goes beyond serving others' choices. Rather, it claims devotion to a transcendent value which infuses its specialization with a larger and putatively higher goal which may reach beyond that of those they are supposed to serve. Each body of professional knowledge and skill is attached to such a value, one sometimes shared by several disciplines (...) Such values as Justice, Salvation, Beauty, Truth, Health, and Prosperity (p. 122)

Ainsi, ces organisations décident qui entre dans la pratique de la médecine et qui n'y entre pas, et les gouvernements font confiance à ces organisations et semblent assurer une garantie juridique à leurs décisions et pratiques.

Étant donné que des circonstances politiques et sociales en place au Canada favorisent la primauté des intérêts professionnels des médecins aux dépens des requérants

19 On lit dans L'actualité AMC du 4 mai 1999 les propos suivants : « Des données récentes de l'Association des facultés de médecine du Canada indiquent que la grosseur des classes de première année des facultés de médecine du Canada diminue régulièrement depuis 15 ans. Les données ont des répercussions majeures sur les médecins et les patients du Canada parce que ces réductions surviennent au moment où l'on prédit une pénurie de médecins... «L'une des solutions mises en place est le recrutement des médecins étrangers'. Les exigences réglementaires plus rigoureuses mises en œuvre par les ordres font toutefois disparaître en grande partie cette solution temporaire. » (Association médicale canadienne.)

de licence médicale formés à l'étranger, nous procéderons à l'analyse de ces intérêts pour voir dans quelle mesure ils sont menacés par les médecins immigrants.

Les groupes de médecins, comme nous l'avons vu plus haut, visent le monopole et le contrôle du marché médical. Pour ce, ils mettent de l'avant la thèse d'expertise et de connaissances spécialisées. En plus, ces groupes s'assurent le contrôle des effectifs médicaux afin qu'il n'y ait pas de "surplus". Ouvrir le marché à plus de gens, Canadiens ou immigrants, serait une erreur car, comme le dit Freidson,

(T)he labor market shelter characteristic of professionalism protects professionals from competition from other occupations. In order to be truly effective, however, it must also protect its members from each other – that is, protect itself from unrestrained competition among members that would seriously threaten its cohesion as an occupation. Obviously, severe internal competition can occur when there is a considerable excess of practitioners over consumer demand. This is likely to result both in low average income for the profession as a whole, and divisiveness created by significant differences between the lowest and highest income of colleagues. A major source of protection from this possibility lies in restricting the supply of practitioners, for when supply is not out of line with demand, virtually all practitioners can be expected to gain a satisfactory, if not fully equal, income (p. 93).

L'auteur précise que le contrôle des effectifs de la main d'œuvre se fait par celui de l'entrée au marché du travail en imposant des exigences intransigeantes aux admissions pour les facultés de médecine et aux examens avant la licence (p. 94).

Dans le cas des médecins immigrants, les autorités professionnelles chargées de mener le processus d'accréditation vont plus loin. Elles cherchent à sauvegarder le statut et le prestige de la profession. Elles ne souhaitent pas admettre au sein de la profession des gens qui n'ont pas eu une "aussi bonne formation" ou dont le *background* ethnique et/ou racial ne correspondrait pas à ce qui est la conception publique de la profession médicale. Nous croyons que les immigrants médecins sont perçus par les organisations

professionnelles comme étant différents et particuliers et donc difficilement intégrables dans le métier et le milieu professionnel. La hiérarchisation effectuée à ce niveau permet un traitement différentiel qui inclut l'exigence de participer à de longs programmes de pré-résidence et de résidence pour des médecins qui ont déjà des années d'expérience dans leur pays d'origine, l'acceptation des candidats de certains pays et non d'autres sans raison objective valable, les restrictions quant aux spécialités médicales que ce groupe de gens a droit de poursuivre même si la formation antérieure était reçue dans ce domaine, etc...

It is true that the historic process by which empirical professions developed under capitalism during the nineteenth century, particularly in the English-speaking countries where they were often self-organized and sought support from the state, was one marked by efforts to raise or sustain their status by excluding from membership those from the working class, women, blacks, Catholics, Jews, and others considered equally disreputable. Where the profession was already composed of "respectable" members, exclusion of others was meant to preserve its status. Where the effort was instead to raise the status of a previously disreputable occupation, or to establish the status of a previously unrecognized occupation emerging from the informal economy, its organizers, themselves of the middle class, attempted to attract new members from respectable middle-class white males of proper ethnic and religious background (Freidson, 2001, p. 150).

Comme nous l'avons déjà vu plus haut, les pratiques discriminatoires ont toujours besoin d'une idéologie légitimatrice. La profession médicale, tout comme beaucoup d'autres professions, avance le discours de l'expertise. L'autonomie de la profession repose sur des connaissances spécialisées soutenues par une reconnaissance officielle. Seule une formation longue contrôlée par l'élite professionnelle est capable de produire des professionnels (Dubar et Tripier, 1998). En pratique, cela signifie que les autorités professionnelles se réservent le droit de décider qui prend quel examen et quel en sera le contenu. Quant aux sessions de résidence évaluative ou de formation, l'évaluation reste

souvent subjective. Le processus d'appel est compliqué par le fait que les modalités de considérer les cas et de les trancher restent ambiguës et non uniformes.

Le mythe du mérite est l'une des énonciations discursives au service des professionnels. Il a été établi que les médecins immigrants et les gradués des facultés canadiennes n'ont pas à remplir les mêmes conditions afin d'être accrédités. Les immigrants rencontrent plus de barrières. Cependant, les autorités chargées de mener le processus d'accréditation parlent des mérites démocratiques de la méritocratie et affirment que, dans le cas des médecins immigrants qui ont réellement les connaissances requises, l'accréditation est assurée puisque le passage des examens et autres batteries d'exigences ne devrait pas être difficile.

La réalité est tout autre : ce que le discours idéologique cherche à masquer est qu'en réalité, les médecins immigrants subissent des exigences qui, en grande partie, sont taillées sur mesure pour eux. Ces mesures ne sont donc pas universelles et, par conséquent, les résultats ne peuvent pas nous dire si les médecins immigrants sont plus ou moins performants que les Canadiens ou si les deux catégories sont comparables. En plus, les exigences ne sont pas neutres en nature. Par exemple, les examens sont culturellement et technologiquement biaisés et rien n'est fait pour prendre ce fait en considération. Notons par exemple que les immigrants médecins réclament en vain l'accès aux hôpitaux et au milieu médical en général avant et pendant la période des examens en vue de se familiariser avec le système médical canadien. Ils n'ont pas la chance de se familiariser avec les outils technologiques qui sont nouveaux pour eux et ni d'observer de près les relations et l'interaction entre le médecin et les patients dans le contexte canadien.

D'autres inconvénients font obstacle à la bonne performance des médecins immigrants par rapport aux diplômés des facultés canadiennes. Ces derniers ont le privilège d'avoir accès aux examens de simulation. Cela fait partie de leur formation et ces exemplaires d'examens ne sont pas disponibles aux requérants étrangers. (McWhinnie, p 104.) Or il est logique qu'une bonne préparation pour un examen qui inclut la connaissance du genre de questions auxquelles on doit s'attendre donne de meilleurs résultats. Il faut citer également les difficultés financières que rencontrent les immigrants qui poursuivent le chemin de l'accréditation : divers frais de demande, les frais d'inscription à différents examens, les frais de scolarité (pré-résidence, de cours de langue, etc.) en plus du coût de la vie. Une bonne préparation aux examens requiert beaucoup de temps libre, par conséquent, les requérants qui occupent un emploi pour gagner leur vie n'arrivent pas à se préparer adéquatement pour les examens. Or ils ne reçoivent pas de prêt pour études ni d'autre aide financière comme c'est le cas pour les diplômés canadiens.

Bref, si nous nous basons sur l'analyse que fait Young (1990) du mérite, nous voyons que les médecins immigrants subissent une discrimination. Pour cette auteure, certaines conditions doivent être satisfaites avant qu'on puisse parler de mérite dans l'allocation de postes d'emploi ou de places dans des institutions de formation. Premièrement, les qualifications doivent être définies en termes de connaissances et de performances techniques neutres et indépendantes des valeurs et de la culture. En deuxième lieu, les connaissances et les performances purement techniques doivent être liées à l'emploi de sorte qu'elles puissent être utilisées pour prédire la performance d'un candidat au travail.

En troisième lieu, pour que le critère de mérite soit appliqué avec justice, les connaissances et la performance doivent être évaluées individuellement. Enfin quatrièmement, les niveaux de connaissance et de performance de tous les candidats doivent être comparés et rangés selon des mesures qui sont neutres par rapport aux valeurs et à la culture (p. 201-202). Après ce que nous avons repéré plus haut à propos des tests donnés aux médecins immigrants, on peut se demander si ces conditions sont remplies par les autorités professionnelles chargées d'évaluer les médecins immigrants.

En d'autres termes, grâce à l'idéologie, les professions ont obtenu l'autonomie et la liberté d'action. A l'intérieur des paramètres de ces privilèges, les organisations professionnelles pratiquent le contrôle du marché du travail. Dans le cas des DFMHCE, ces organisations mettent en application des politiques discriminatoires afin d'écarter ces médecins qui sont définis comme étant racialement et ethniquement différents.

2.6. Hypothèses de travail

La formulation des hypothèses de travail est une étape essentielle dans l'analyse de contenu que nous avons faite. Rappelons que dans certains cas (exemple : étude de type exploratoire), les hypothèses ne sont pas établies a priori. Elles apparaissent au fur et à mesure de l'analyse. L'analyse thématique pour laquelle nous avons opté exige des hypothèses pré-établies afin d'avoir un cadre dans lequel s'intégrer. Comme l'a écrit D'Unrug (1974), l'analyse thématique a pour but de «tester des suppositions et hypothèses pertinentes (....) elle doit être pertinente du point de vue d'une recherche donnée » (p. 25). Cependant, nous laissons à notre analyse, qui est à caractère qualitatif, la possibilité d'être souple. Il est possible d'alterner relecture et interprétations ainsi que de changer les hypothèses formulées au début de l'analyse afin d'incorporer

une nouvelle compréhension du message acquise après une lecture ou relecture du texte à analyser.

D'après notre théorisation du sujet de recherche, nous avons formulé des hypothèses. Elles se rattachent aux deux majeures parties de notre explication théorique quant aux difficultés que rencontrent les immigrants médecins appelés à passer à travers le processus d'accréditation. Rappelons d'abord que notre question de recherche est formulée comme suit : quelles sont les explications à donner aux difficultés que rencontrent les médecins immigrants dans le processus d'accréditation en Ontario ?

Les deux grandes hypothèses sont : 1. les pratiques des organisations professionnelles de médecins ont un caractère exclusiviste et protectionniste qui assure à ces dernières un contrôle sur les entrées dans le marché du travail. 2. la racialisation/ethnisation des médecins immigrants par les organisations chargées de définir et de diriger le processus d'accréditation engendre une discrimination contre ces premiers.

2.6.1. Sous-hypothèses de l'hypothèse liée au caractère exclusiviste et protectionniste des organisations professionnelles de médecins en général

1. Les organisations professionnelles de médecins ont une idéologie légitimatrice de leur caractère protectionniste et exclusiviste qui veut que les médecins soient au service d'un bien supérieur à un simple bon accomplissement de leur service et que l'exercice de leur profession exige une formation longue et complexe qu'eux-mêmes doivent contrôler de près.
2. L'un des moyens déployés par les organisations professionnelles pour atteindre le protectionnisme est le contrôle étroit exercé sur la formation de futurs médecins

(c'est-à-dire sur les entrées dans les facultés de médecine et la distribution des postes de formation post-graduée).

3. L'autre moyen visant le protectionnisme est la fermeture du marché du travail par le biais d'une division du travail et de l'espace professionnel particuliers.
4. La division du travail et de l'espace professionnel assurent le prestige aux médecins et à leurs organisations professionnelles.
5. La division du travail et de l'espace professionnel assurent un statut spécial à la profession des médecins.

2.6.2. Sous-hypothèses dérivées de l'hypothèse de la racialisation/ethnisation des immigrants médecins dans le processus d'accréditation

1. Il y a une discrimination systémique engendrée par le fait que seuls les gradués des facultés de médecine accréditées par le Liaison Committee on Medical Education et le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada soient reconnus comme ayant reçu une formation adéquate de médecin.
2. Les politiques mises en place ces dernières années découragent l'immigration des médecins formés à l'étranger. Ces derniers sont obligés d'entrer au pays avec un statut d'immigrant qui rend l'intégration du milieu professionnel très difficile. Ils sont conçus comme un groupe à part et font l'objet d'un traitement différentiel.
3. Il y a une discrimination basée sur la race et/ou l'ethnie dans les politiques qui donnent les gradués de certaines facultés de médecine non accréditées par le Liaison Committee on Medical Education et le Comité d'agrément des facultés de médecine du Canada un statut spécial en ce qui concerne la pratique de la médecine au Canada et la formation post-graduée.

4. Il y a une discrimination systémique incarnée par les exigences et les conditions dans lesquelles ces exigences doivent être respectées par les DFMHCE afin de pouvoir pratiquer la médecine en Ontario par rapport aux exigences auxquelles font face les diplômés des facultés médicales canadiennes. (Ex. : distribution des postes de résidents, évaluation, aide financière, accès aux matériels didactiques pour préparation d'examen, accès au milieu et système médicaux canadiens, programmes menant vers l'accréditation, accès à une information claire et cohérente sur le processus d'accréditation, etc...).

CHAPITRE 3 : HISTORIQUE DES POLITIQUES DE L'IMMIGRATION AU CANADA

Introduction

Le Canada est un pays d'immigration. Cette phrase est souvent utilisée pour décrire notre nation et si nous tenons en considération le fait que les ancêtres des peuples autochtones canadiens sont eux-mêmes venus d'Asie, cette phrase signifie réellement ce qu'elle dit.²⁰ Cependant, rien ne dit que l'entrée au Canada a été ou est libre pour les immigrants potentiels. Les politiques de l'immigration au Canada ont une longue histoire, débutant essentiellement avec la fin du 19^{ème} siècle. Différentes époques ont été caractérisées par des débats sur les politiques à adopter dans la sélection des immigrants et ce, toujours en harmonie avec les circonstances socio-économiques du moment et avec les idéologies sociales et politiques prévalentes. Le rôle essentiel qu'a joué l'immigration dans l'histoire du pays est immense. Il est attesté par la richesse culturelle, le progrès tant social qu'économique qui n'auraient pas eu lieu autrement.

Dans les paragraphes qui suivent, nous brosserons une image détaillée des changements survenus dans les politiques de l'immigration au Canada tout en essayant de spécifier les logiques qui les ont sous-tendus. Nous postulons que les idées centrales et les intérêts des grands protagonistes de la question de l'immigration des différentes époques socio-économiques de l'histoire du Canada ont joué un rôle immense dans le choix des politiques de l'immigration. Les institutions en place, médiatrices de ces idées

²⁰ Soulignons que des sources autochtones décrivent les autochtones comme des peuples qui ont toujours vécu sur ce qui est devenu plus tard le territoire canadien.

et intérêts, seront également mentionnées pour les moments-clés de l'histoire socio-économique et de l'immigration.²¹

3.1.1. Les années avant 1867 : Immigration extrêmement limitée

Jusqu'au milieu du 19^{ème} siècle, il n'y avait pas de politique d'immigration au Canada, et le pays était en partie composé de terres sauvages ou habitées par les autochtones. D'autres parties habitées étaient surtout peuplées par quelques milliers de colons français. La Compagnie de la Nouvelle France attirait, non sans difficulté, des émigrants français pour une région le long de la rivière St-Laurent et en Acadie quoique cette dernière région fût négligée par le Royaume français. Selon Knowles (1997), l'immigration totale en provenance de France n'a pas excédé 12.000 personnes pendant toute la période de l'Ancien Régime.²² Selon des historiens, la France a eu des difficultés ou n'avait pas la volonté politique et économique de peupler sa colonie nord-américaine. Quant à l'Empire britannique qui y détenait des terres immenses, il décourageait l'émigration de sa population jusqu'à la fin des conflits armés avec Napoléon en 1815. Il y avait un nombre limité de Britanniques présents sur le sol canadien. Ceux qui étaient là étaient impliqués dans la traite des fourrures. Ils étaient souvent cantonnés à des postes de traite. Cependant, cela allait changer.

Des circonstances particulières ont fait changer d'avis les politiciens britanniques quant à l'émigration vers le Nouveau Monde. Les vétérans des guerres répétées des années précédentes avaient besoin d'occupations. L'avènement de la Révolution

21 Nous empruntons les trois notions (institutions, idées ou idéologies et intérêts) aux historiens Kelley et Trebilcock (1998) Et l'imbrication de ces trois notions dans la détermination des programmes d'immigration et de citoyenneté reviendront toujours dans notre thèse.

22 Pour plus de détails sur cette phase de l'histoire de l'immigration au Canada, voir Moogk (1994)

scientifique venait d'amener de nouvelles technologies qui démobilisaient des tas d'artisans. Les changements dans l'exploitation agricole et le système de métayage avaient libéré beaucoup d'agriculteurs. Ces facteurs allaient de pair avec la montée du taux de natalité. La pauvreté augmentait et les lois sur l'aide aux démunis étaient devenues plus restrictives. Les organisations de charité étaient submergées. Une politique d'émigration massive a été alors adoptée comme l'une des solutions idéales.

Cela plaisait aux différentes institutions impliquées : le gouvernement britannique qui avait peur des retombées négatives aux niveaux politique, social et économique, les syndicats des travailleurs qui ne voyaient pas d'un bon œil le bassin de travailleurs augmenter continuellement, et l'église et d'autres organisations caritatives qui voulaient un répit en matière de services sociaux. Il y avait bien d'autres protagonistes qui avaient intérêt à ce que ces chômeurs appauvris, ces métayers et artisans lésés, disparaissent de la Grande Bretagne.

De l'autre côté de l'Atlantique, d'autres groupes d'intérêts attendaient avec joie l'arrivée massive de ces nouveaux immigrants. En profiteraient, entre autres, les employeurs et propriétaires d'entreprises ainsi que les propriétaires terriens. Les administrateurs de la province du Canada recevaient avec joie l'arrivée de nouveaux colons car les aspirations expansionnistes des Américains vers le Nord pouvaient être contrariées par une population plus dense au Canada.

Une autre vague d'immigration a eu lieu avec l'arrivée des Loyalistes durant et après la guerre de l'Indépendance américaine. Ce groupe était hétérogène: il comprenait des soldats, des civils et des Indiens qui s'étaient opposés à la Révolution soit avec des armes, soit en soutenant les idées royalistes. Parmi les loyalistes, il y avait des

Britanniques, d'autres Européens et des esclaves noirs. Ils se sont installés au Québec et en Acadie, et ont peuplé l'Ontario et les Maritimes. A ce moment-là, le Canada était peuplé par les Américains plus que par des gens d'autres provenances. Cependant, les choses allaient changer avec la fin des conflits armés menés par Napoléon.

Après 1815, il y a eu une ruée d'immigrants venus de la Grande Bretagne. Plusieurs facteurs expliquent l'émigration colossale qu'a connu la Grande Bretagne vers l'Amérique du Nord et d'autres contrées : notamment la famine et la pauvreté en Irlande, la surpopulation en Écosse et en Angleterre et la démobilisation de beaucoup de soldats à la fin de la guerre. C'est grâce à ces nouveaux-venus que, entre 1812 et 1850, la population canadienne a presque quintuplé.²³ Lors de la Confédération, les deux-tiers de la population étaient d'origine britannique. Le visage ethnique du pays avait changé et allait se stabiliser pour longtemps.

En résumé, les colonies française et anglaise qui constituaient ce qui est une grande partie du territoire canadien actuel ne représentaient pas un grand intérêt pour la France et la Grande Bretagne jusqu'à la conquête du Québec en 1760. Ces colonies étaient seulement des postes de traite de fourrures. Plus tard, avec l'arrivée massive des Loyalistes, des Britanniques et des Irlandais appauvris, les métropoles européennes ont adopté des idées mercantilistes envers les colonies. Ainsi, ces dernières sont vues comme étant utiles pour l'écoulement des produits des métropoles et pour l'exploitation des matières premières à leur profit. Plus tard, ces idées sont remplacées par celles de la promotion de l'immigration du surplus de la population britannique qui risquait de causer des problèmes politiques et sociaux majeurs.

²³ Knowles, (1997) p. 30 et Statistique Canada (b)

3.1.2. Les années Sifton et Oliver : expansion géographique et économique du pays

For Canada to survive as an independent, prosperous nation, economic growth was essential and, in turn, was dependent upon a larger population and expanding market. Since immigrants were needed to promote economic expansion both by labour and by consumption, for the first three decades following Confederation there were few obstacles in the way of their admission to Canada. » (Clifford Sifton cité par Kelly et Trebilcock, 1994, p. 13).

Selon ces propos de Clifford Sifton, la volonté de peupler le pays a dominé toutes les autres préoccupations des politiciens du début de la Confédération. La première Loi de l'immigration a été adoptée en 1869. Elle était essentiellement sensée assurer la sécurité et la protection des immigrants en route vers le Canada. Elle ne mettait presque pas de restrictions sur l'immigration. Cependant, malgré les encouragements des autorités coloniales, les trois premières décennies après la Confédération de 1867 ne virent pas d'arrivée massive d'immigrants. Au contraire, il y avait un exode de Canadiens vers les États-Unis. Les changements arrivèrent avec Clifford Sifton.

En effet, de 1896 à 1905, ce dernier dirigeait le Ministère fédéral de l'Intérieur, responsable de l'immigration. Sifton était guidé par une philosophie particulière selon laquelle il fallait remplir les Prairies de bons fermiers capables de s'attaquer à ces terres sauvages et aux conditions climatiques des plus rudes. Ces fermiers devaient être, selon Sifton, originaires d'ethnies aptes à faire fructifier les terres: des Scandinaves et des Slaves du Nord surtout. Sifton voyait une exploitation de qualité des prairies comme un moteur de la prospérité de tout le pays. Selon ses dires :

Here, then, we have the situation in a nutshell. –a vast and productive territory becoming quickly occupied by a throng of people who will be called upon to take up the duties of citizenship almost at once, whose successful pursuit of agriculture will make them financially independent, and who in a short time will constitute a most potent factor in the national life of Canada (Sifton cité par Kelley et Trebilcock, 1997, p. 118).

Ainsi, des mesures ont été prises pour encourager l'immigration et le peuplement de l'Ouest. Des ressources ont été alors consacrées à changer la mauvaise réputation que l'Ouest du Canada avait acquise auprès des colons potentiels. Une campagne d'information rigoureuse est entamée en Europe et les fermiers américains sont courtisés plus que d'autres. Des terres sont distribuées gratuitement ou presque en Ouest. Même les installations ethniques « en bloc » étaient acceptées et ce, malgré l'opposition des nationalistes et habitants de l'Ouest qui ne voulaient pas comme voisins des communautés de paysans en provenance de pays ayant des mœurs, des langues et des cultures différentes et dites inférieures. Les efforts du ministre de l'intérieur Sifton (1896-1905) ont été couronnés de résultats spectaculaires.

Après le départ de Sifton du Ministère de l'Intérieur vint Frank Oliver en 1905. Ce nouveau ministre soutenait la politique de recrutement massif d'immigrants mais contrairement à Sifton, il préconisait des mesures restrictives dans la sélection des immigrants. Ce changement de direction pour l'immigration reflétait les idées en vogue qui voulaient que le pays garde son cachet britannique. L'arrivée massive des immigrants de l'Europe de l'Est inquiétait beaucoup de politiciens et le public en général qui ne voyaient pas comment l'assimilation allait être possible pour ces nouveaux-venus, surtout pour ceux qui vivaient enfermés dans leurs enclaves communautaires. En écho à ces inquiétudes, les forces policières de différentes villes et des localités de l'Ouest

annonçaient que la « classe inférieure » des nouveaux immigrants venus de l'Europe de l'Est causait une montée du taux de criminalité et de violence.²⁴

Les Lois de l'immigration de 1906 et de 1910 introduite par Oliver reflétaient les inquiétudes idéologiques et économiques des politiciens et du public canadien; les classes inadmissibles d'immigrants étaient définies, un grand pouvoir décisionnel était donné aux agents du ministère de l'immigration qui devaient décider, souvent arbitrairement, le montant d'argent requis que les immigrants devaient avoir en main à leur arrivée au Canada afin de montrer qu'ils pourraient subvenir à leurs besoins pendant qu'ils se cherchaient un emploi. Ces agents étaient aussi habilités à décider de la déportation des immigrants indigents ou ayant des mœurs « trop basses ». Les déportés incluaient également ceux qui contestaient l'ordre établi en faisant la grève ou autres actes d'insubordination. Le pouvoir conféré aux agents du ministère de l'immigration était immense; la Loi de 1910 disait :

No court, and no judge or officer thereof, shall have jurisdiction to review, quash, reverse, restrain or otherwise interfere with any proceeding, decision or order of the Minister or of any Board of Inquiry, or officer in charge...relating to the detention or deportation of any rejected immigrants...upon any ground whatsoever... (Loi de l'immigration de 1910, s.23 cité par Kelley et Trebilcock, 1997, p.138)

24 Pour avoir une meilleure appréciation des idées prévalentes de l'époque sur la hiérarchisation des immigrants selon les pays d'origine, lire l'ouvrage *Strangers Within Our Gates* de J. S. Woodsworth publié en 1909. Malgré que l'auteur soit l'un des supporters progressiste de l'immigration, il montre une nette préférence des immigrants en provenance de l'Europe du Nord. Il est convaincu, tout comme beaucoup de ses contemporains, que si le Canada allait survivre le recrutement massif des immigrants, il devait les assimiler aux mœurs britanniques. Or selon cette même théorie, il y a des peuples inassimilables parce que trop inférieurs. Plus on va vers le Sud et l'Est de l'Europe, plus on rencontre des races inférieures, imprégnées de mœurs décadentes et « animalisées » par de longs siècles de pauvreté et d'oppression, pensait-on. Il fallait donc décourager l'immigration de ces gens (ex : Galiciens, Polonais, Grecs, Turcs, Syriens et autres peuples de la région persique). Le choix était clair. Il fallait recruter des individus des pays scandinaves, des Allemands, des Doukhobors et autres sectes germaniques.

Malgré les restrictions apportées par les nouvelles politiques de l'immigration, des masses de gens continuèrent à arriver au Canada en provenance de presque toutes les régions de l'Europe. Il faut noter qu'il y avait d'autres forces en action qui contrecarraient les politiques restrictives de l'immigration. Les employeurs d'immigrants (mines, construction des chemins de fer, exploitation forestière et autres) et les agences privées spécialisées dans le recrutement d'immigrants de certaines nationalités ont travaillé d'arrache-pied et les nouvelles politiques de l'immigration n'ont pas été suivies à la lettre. Ceci était flagrant dans le cas des immigrants italiens et russes qui étaient nombreux à venir au Canada au début du siècle dernier bien qu'ils figurassent sur la liste des immigrants indésirables dont le nombre devait être contrôlé et limité. Malgré les changements fréquents dans les politiques de l'immigration sous la responsabilité des ministres Sifton et Oliver, il faut dire qu'en général, cette période était sans précédent : le nombre d'immigrants arrivés au Canada entre 1896 et 1914 a atteint des records inégalés jusque-là.

3.1.3. Restrictions à l'immigration des asiatiques

Nous venons de voir les modifications apportées aux politiques de l'immigration au début du 20^{ème} siècle afin de choisir les meilleurs futurs citoyens pour le Canada. Nous avons vu également comment ces politiques restrictives ont souvent été ignorées ou contournées pour le bénéfice des immigrants potentiels en provenance d'Europe. Pour les Asiatiques, des politiques plus restrictives étaient établies et plus important encore, elles étaient respectées. Nous avons vu plus haut que les intérêts économiques allaient jusqu'à contrarier la mise en pratique des politiques restrictives de l'immigration dans le cas des Européens malgré la présence d'une idéologie identitaire qui voulait mettre fin à

l'immigration de certaines nationalités européennes ou à la limiter. Ces mêmes intérêts n'ont pas joué le même rôle dans le cas des Chinois, des Indiens et des Japonais. Ici, un consensus politique et populaire était atteint.²⁵ Il fallait éliminer l'immigration des Asiatiques.²⁶ Les changements apportés aux politiques de l'immigration en 1907 et en 1910 visaient, entre autres, à restreindre l'immigration des Indiens d'Asie.

Notons que ces derniers étaient des sujets britanniques et pouvaient se déplacer à volonté dans les pays du Commonwealth. Cependant, au Canada, les Indiens de l'Inde ont dû faire face au règlement selon lequel un immigrant sera reçu si seulement il a fait un voyage sans arrêt de son pays au Canada. Or le seul passage direct de l'Inde au Canada était assuré par le Canadian Pacific Railway et celui-ci venait de recevoir l'ordre de ne pas vendre en Inde des billets de passage direct au Canada. En plus, les Indiens étaient dits non compatibles avec le climat du Canada; ils devaient alors payer 200\$ à leur arrivée au Canada. Les chiffres montrent l'efficacité du nouveau règlement : le nombre d'indiens arrivés aux ports canadiens tomba de 2.623 en 1908 à 6 l'année suivante. Entre 1914 et 1920, un seul Indien était admis au Canada (Kelley et Trebilcock, 1997, p. 149).

L'immigration des Chinois fut restreinte par des amendements particuliers aux lois qui concernaient leur immigration au Canada. Par exemple, en 1903, la taxe payée par tout immigrant chinois alla de 100 dollars à 500 dollars, rendant l'immigration très

25 Le sentiment anti-asiatique conduisit des violentes foules à s'attaquer aux quartiers chinois et japonais en 1907 et à détruire leurs propriétés. Ce sentiment négatif allait au-delà des intérêts économiques. Il était carrément basé sur les différences raciales selon le rapport rédigé par Mackenzie King après son enquête sur les causes des émeutes. Et sa recommandation découlant de cette constatation était de limiter autant que possible le nombre d'immigrants en provenance du Japon et de la Chine.

26 Le cas des chinois est différent. Les constructeurs de chemin de fer les voulaient car ils constituaient une main-d'œuvre docile et moins coûteuse. Cependant, ils étaient bons seulement pour le travail qu'ils accomplissaient. Des lois étaient là pour restreindre leurs droits en tant qu'immigrants et citoyens, surtout en Colombie Britannique.

difficile. Cependant, il y eut toujours moyen de contourner les nouvelles difficultés et après quelques années de nombres très restreints, les immigrants chinois recommencèrent à arriver en grands nombres mais sans jamais égaler les années d'avant les restrictions.

La diminution du nombre des Japonais immigrant au Canada fut négociée avec succès avec le gouvernement japonais. Il y avait également l'impact des évaluations médicales des fonctionnaires de l'immigration rendues très sévères dans le cas des Japonais. Ainsi, pendant des décennies, les portes resteraient presque fermées pour les immigrants potentiels en provenance du Japon.

En résumé, les années qui ont précédé la première guerre mondiale ont été caractérisées par des critères d'admission d'immigrants très restrictifs. Des amendements apportés à la Loi donnaient de plus en plus de pouvoir discrétionnaire aux politiciens et aux fonctionnaires. Pendant la guerre, l'immigration ralentit et la période fut caractérisée par un nationalisme virulent et une xénophobie montante au Canada. Les Canadiens nés en Allemagne et dans l'Empire Austro-Hongrois étaient harcelés par la population et leur droit de vote leur fut retiré lors des élections de 1917. Certains d'entre eux furent aussi internés.

3.1.4. De 1919 à la fin des années 1940: Restriction, exclusion, déportation et climat de méfiance envers des immigrants de certaines provenances géographiques

Après la guerre, le Canada connut une grave dépression économique. Quoique celle-ci soit brève, les admissions en immigration restèrent basses. En 1919, la Loi de l'immigration fut révisée. Dorénavant, les critères de sélection allaient être la culture et l'idéologie du candidat. Finie la valeur donnée à la contribution à l'économie du pays. C'est ainsi que les groupes pacifistes (mennonites, hutterites et doukhobors) jusque-là

appréciés et recherchés se trouvaient sur la liste des inassimilables et donc, des inadmissibles. Les réalités économiques et le courant xénophobe de l'époque expliquent pourquoi les agents de l'immigration se tournèrent encore une fois vers la Grande Bretagne en offrant assistance pour le transport des travailleurs miniers, des fermiers et des travailleuses domestiques. Malgré tous ces efforts, les moissons étaient décevantes.

Le gouvernement de Mackenzie King fut alors obligé d'ouvrir la porte aux immigrants de l'Europe Centrale, de l'Est et du Sud. Les restrictions contre l'immigration en provenance de l'Amérique Centrale, de l'Afrique et de l'Asie restèrent en place. Les théories racistes prévalentes à l'époque étaient tellement fortes que même les Juifs et les Arméniens, persécutés en Europe ne pouvaient trouver refuge au Canada. En plus de l'esprit anti-sémite dans le cas des Juifs, il y avait la hiérarchisation des « races » découlant d'un échafaudage scientifique qui jouait un rôle essentiel dans la sélection des immigrants. Les Européens du Nord et de l'Ouest constituaient le meilleur bassin d'immigrants parce que dits naturellement supérieurs.

La grande crise de 1929 referma complètement la porte d'entrée. Les lois sur la déportation furent raffinées et utilisées pour se débarrasser des immigrants indigents et chômeurs. Déportés étaient également des sympathisants des idées communistes et des syndicalistes radicaux (Palmer, 1994 ; Roberts, 1994). Parmi ceux-ci figuraient beaucoup d'« ethniques » qui, en réaction au traitement discriminatoire des employeurs et des politiciens, ont rejoint les rangs des membres des partis communistes et des syndicalistes. L'adhérence au communisme par des Canadiens et immigrants d'origine non-britannique et non-française a été plus le résultat des pratiques discriminatoires dont ceux-là étaient

victimes au Canada et non une importation des idées arriérées de leurs pays d'origine comme voulaient le faire croire les autorités politiques.

Quant vint la Deuxième Guerre Mondiale, le climat social était anti-immigrant et beaucoup d'organisations racistes, antisémites et ultra-nationalistes avaient vu le jour et oeuvraient en faveur de la fermeture des frontières et de la déportation de beaucoup d'immigrants naturalisés et non-naturalisés. Ainsi, pendant la guerre, les Canadiens d'origine japonaise furent internés et leurs biens confisqués.

Les appels à l'aide des politiciens européens aux gouvernements du monde occidental en faveur des réfugiés fuyant la persécution fasciste n'eurent pas de réponse positive de la part du gouvernement canadien. C'est ainsi que le destin de millions de Juifs et d'autres Européens persécutés était scellé (Knowles, 2000; Palmer, 1994). Kelley et Trebilcock vont plus loin en disant que la cause derrière la décision des politiciens canadiens de ne pas enlever les strictes restrictions mises en place lors de la crise économique (1929 - 1935) était la volonté de garder les réfugiés européens, surtout les Juifs, en dehors du territoire canadien (p 253.) Notons qu'à partir du début des années 1940, le pays se trouvait encore une fois sur une bonne voie économique et plus d'immigrants étaient souhaités pour des emplois dans différents secteurs de l'économie. Cependant, les critères d'exclusion restèrent en place. Or, il n'y avait pas de critère rationnel justifiant la limite du nombre d'immigrants vu la prépondérance de la logique économique dans les politiques traditionnelles de l'immigration au Canada. La seule explication plausible est la volonté d'éviter l'entrée massive des classes d'immigrants non-désirées au Canada.

Un autre fait important à propos de cette période vient corroborer ce que disent les auteurs ci-haut cités : les nombres cités d'immigrants admis ne peuvent pas inclure beaucoup de réfugiés européens puisque la grande majorité de ces immigrants étaient en provenance de la Grande Bretagne et des États-Unis. On peut conclure qu'à partir de la fin des années 1910 jusqu'à la fin des années 1940, un climat de méfiance, d'antisémitisme et de racisme était en l'air et guidait les décisions en matière d'immigration et de déportation. Ces décisions reposaient souvent entre les mains des fonctionnaires du département de l'immigration. Le manque de clarté était flagrant et les fonctionnaires faisaient souvent preuve de discrimination et de corruption. Cependant, leurs pratiques reflétaient, en général, les sentiments de la population et des politiciens en ce qui concerne la question de l'admission, de l'exclusion et de la déportation des immigrants.

La Loi de la Citoyenneté fut adoptée en 1947. La loi de naturalisation de 1914 ne mentionnait pas la citoyenneté et était imbue d'ambiguïtés. Elle devait être remplacée. En matière d'immigration, il y eut des changements aussi. L'économie florissante nécessitait un grand nombre de travailleurs, donc l'augmentation des immigrants. Le fait d'avoir été témoin des atrocités fascistes en Europe poussait les pays à revoir leurs agissements en terme de droits individuels. Le climat international poussait le Canada à revoir ses politiques restrictives. Cependant, le Canada ne voulait pas ouvrir la porte aux déplacées et réfugiés européens. Sous la pression des religieux, des associations ethniques et d'autres individus, le gouvernement accepta d'ouvrir les portes aux déplacés de la guerre. Cependant, MacKenzie King, voulant garder l'homogénéité identitaire de la population canadienne, favorisa les Européens, les Américains et les Britanniques à immigrer au

Canada. Rappelons que cette époque était plutôt caractérisée par une croissance économique formidable et le pays avait besoin d'une main-d'œuvre plus nombreuse. Il fut décidé que les Européens allaient combler ce besoin.

3.1.5. La Loi de l'immigration de 1952

Une nouvelle loi fut instituée en 1952 pour remplacer celle datant de 1910. Cependant les deux lois se ressemblaient beaucoup. La grande différence était que celle de 1952 donnait des pouvoirs illimités au Cabinet qui pouvait exercer son droit d'exclusion selon n'importe quel critère. Il s'avéra plus tard que l'exclusion visait les gens de couleur (Knowles, 2000, p.75.) Par contre, notons que le ministre Pickersgill a utilisé ce pouvoir discrétionnaire conféré par la Loi pour admettre au Canada des gens qui normalement n'auraient pas été admis tels que des Palestiniens, des Hongrois, des malades, etc... Plus tard, la ministre Fairclough put également faciliter l'entrée des gens normalement inadmissibles, notamment, les membres de familles parrainés du bloc de l'Est européen.

Quand l'état de l'économie ralentit, les pratiques de la ministre durent être abandonnées. Les gens parrainés ne pouvaient se trouver un emploi et devenaient une charge pour les municipalités. Ceci fit du bruit. Cependant, malgré une opposition interne farouche, la ministre put faire entrer au pays des réfugiés tuberculeux avec leurs familles pendant l'année mondiale des réfugiés.

3.1.6. 1962, 1967 et 1976 : abolition des politiques racistes de l'immigration et démocratisation du système de sélection des immigrants

La ministre Fairclough introduisit la réforme en 1962 à la Chambre des Communes. La Déclaration canadienne des droits abolissant la discrimination selon la

race, le sexe, la religion, etc....avait été adoptée en 1960. Il était temps que l'immigration emboîte le pas; les pratiques discriminatoires n'avaient plus de fondements constitutionnels. En plus, le Canada avait commencé à adhérer à des organisations internationales telles que l'ONU et à assumer un rôle important sur la scène politique internationale ; il devait donc tâcher de se donner une bonne image en ce qui concerne le respect des droits individuels.

Ainsi, en 1962 commença la démocratisation des lois de l'immigration. La discrimination basée sur la race, la nationalité et la couleur fut éliminée afin de donner des chances égales à tous les demandeurs du statut d'immigrant. Ce qui comptait était le niveau d'instruction, les compétences et autres qualifications que possédait le demandeur indépendant (les individus parrainés n'avaient pas à remplir ces conditions) . Cependant, comme l'indique Knowles (2000, p.84 et p.90), il y avait une discrimination résiduelle des lois précédentes qui faisait que les Canadiens d'origine européenne ou américaine pouvaient parrainer un plus grand nombre de parents que les autres Canadiens et que leur demande de citoyenneté allait beaucoup plus facilement et plus rapidement.

Un système objectif de pointage fut mis sur pied pour la sélection d'immigrants et entra en vigueur en 1967. Autre disposition de la nouvelle loi : le droit de faire appel en cas de sommation d'expulsion. En 1976, une nouvelle loi allait être adoptée : soucieux de trouver une loi idéale, le ministre Robert Andras avait appelé à des discussions au niveau national. Le Livre Vert fut écrit pour susciter le débat sur l'immigration, ce qu'il fit avec fracas. De l'avis de certains auteurs, le ton du livre était plutôt anti-immigration (Kelley et Trebilcock, p. 372 et Avery, 1995, p. 189). Un comité mixte spécial du Sénat et de la Chambre des communes tint des audiences publiques dans de nombreuses villes du pays

et examina plus de 1400 mémoires qui lui étaient présentés. Un rapport fut remis au Parlement et c'est à partir de ses recommandations que la Loi sur l'immigration de 1976 fut écrite. Elle donnait les objectifs fondamentaux de l'immigration canadienne comme étant : 1) La promotion des objectifs démographiques, économiques, culturels et sociaux, 2) la réunion des familles, 3) le respect des obligations internationales du Canada à l'égard de la convention de Nations-Unies relatives au statut de réfugié et de son protocole que le Canada avait signé en 1969, 4) la politique non-discriminatoire et 5) la coopération entre les niveaux de gouvernement et le secteur bénévole pour l'établissement des immigrants dans la société canadienne (Knowles, 2000, p. 89). En résumé, la Loi de 1976 a défini quatre catégories de personnes admissibles au statut d'immigrant reçu :

1. La catégorie de la famille (membres de la famille immédiate et les enfants à charge, les parents et les grands-parents.)
2. La catégorie des immigrants pour motifs humanitaires (réfugiés selon la Convention des Nations Unies de 1951, les personnes qui ne remplissent pas les critères rigides de la définition de la Convention mais qui sont persécutés et déplacés faisant partie d'une catégorie spécialement conçue par le Cabinet pour des motifs humanitaires.)
3. Les immigrants indépendants (requérants du statut de résident permanent soumis au système de pointage.)
4. Les parents plus éloignés mais aidés par un membre de la famille au Canada prêt à les parrainer. Cependant, ils devaient satisfaire certaines exigences de la catégorie d'immigrants indépendants.

3.1.7. De 1977 jusqu'aux années 1990 : les effets socio démographiques de la nouvelle loi sur l'immigration, la dépression économique et le problème des réfugiés

Les changements préconisés par la nouvelle Loi sur l'immigration étaient révolutionnaires. Et leurs effets se firent sentir rapidement. En 1966, 87% des immigrants étaient d'origine européenne mais quatre ans après, ce chiffre était tombé à 50%. Les nouveaux immigrants venaient surtout d'Afrique, des Caraïbes, de l'Amérique Latine et de l'Asie et préféraient s'installer en ville contrairement aux immigrants des années précédentes. Ceci créait des problèmes particuliers. Une autre caractéristique de ces nouveaux immigrants est que, contrairement à leurs prédécesseurs, ils étaient moins de la catégorie indépendante que de la catégorie de la réunification familiale (Knowles, 2000, p. 171). Avec le ralentissement économique survenu à partir du milieu des années 1970, il y eut un ralentissement du nombre des immigrants admis, mais c'est avec la grave récession des années 1980 que les chiffres diminuèrent énormément.²⁷

L'autre fait à noter à propos de cette période est l'augmentation anormale des requérants du statut de réfugié. C'est à ce moment-là que furent reçus au Canada des réfugiés en provenance d'Ouganda mais d'origine asiatique, ceux du Tibet, ceux du Chili ou les « réfugiés de la mer » venus d'Asie. Cependant, la plus grande controverse et l'engorgement administratif étaient causés par l'augmentation des demandes d'asile de l'intérieur du territoire canadien. Ce procédé était dorénavant permis selon la Loi de 1976. Beaucoup d'individus y ont eu recours, à tel point que les fonctionnaires de l'immigration chargés des dossiers de demandes d'asile étaient débordés et le public mécontent à ce sujet. Le tout a dû finir par une amnistie généralisée (Knowles, 2000).

²⁷ Voir l'annexe 10. Noter les fluctuations dans les chiffres au cours des années, surtout le grand ralentissement au cours des années 1980.

En résumé, suite aux changements apportés aux politiques de l'immigration, la composition démographique des immigrants se transforma sensiblement et la population, prise de court par l'impact sur les villes et sur l'identité canadiennes en général, n'était pas toujours d'accord avec les politiques du gouvernement en matière d'immigration.

Rappelons que les changements institués dans la nouvelle Loi ne découlaient pas seulement d'un revirement généralisé du sentiment populaire vers les idées libérales. Les débats lors des discussions sur le Livre vert en préparation pour la Loi ont montré une grande opposition populaire sur la direction libérale que prenaient les politiques de l'immigration. Il faut dire que la démocratisation de l'immigration était plus le résultat de l'impact du climat international, de la place du Canada sur la scène internationale et de l'influence des associations civiques et religieuses, dont les organisations à base ethnique.

On peut se demander également si les revendications nationalistes québécoises n'ont pas eu un impact sur la volonté des politiciens du moment de doter le pays d'un profil socio-démographique hautement diversifié. Une grande diversification ethnique et raciale de la population canadienne aurait, en même temps, apporté une solution à la question de l'identité canadienne par rapport à l'identité américaine.

Le bilinguisme et le multiculturalisme sont à mentionner également en ce qui concerne l'espace de l'immigration pour la période qui nous concerne ici. Dans les années 1960, le premier ministre Pearson a mis sur pied un comité royal spécial pour étudier la question du bilinguisme et du multiculturalisme au Canada. Lors des débats, la question de la place des communautés non-britanniques et non-québécoises a été posée et le commissaire, ne pouvant la contourner, a dû en dire quelque chose. Les partisans et les opposants, pour la plupart farouches des deux côtés, étaient présents aux débats sur la

place à réserver aux « communautés ethniques. » Ces discussions et la partie du rapport de la commission réservée à cette question ont jeté les balises des politiques officielles du multiculturalisme. Le multiculturalisme dans un cadre bilingue fut le mot d'ordre jusqu'en 1988, quand la Loi sur le multiculturalisme a été adoptée (Breton, 1986, p.56).

Un autre fait important à noter en ce qui concerne les changements survenus dans les politiques de l'immigration dans les années 1980 et 1990 est le changement dans les mentalités officielles en ce qui concerne la raison d'être de l'immigration. Par le passé, les restrictions et l'ouverture se faisaient au gré des conjonctures économiques. La relation était donc immédiate entre l'immigration et l'état de la main-d'œuvre en particulier et de celui de l'économie en général. Le fait que l'immigration soit toujours reliée à l'emploi et aux ressources humaines dans les départements d'État est révélateur. Ce lien a été sectionné en 1993 avec la création du ministère de l'Immigration et de la citoyenneté et du Développement des ressources humaines.

Comme l'a expliqué Couton (2002), au début des années 1990, une politique de « croissance modérée et contrôlée » a été adoptée afin de remplacer la détermination cyclique et à court terme des flux migratoires. « Elle incluait une hausse prévue de la proportion de travailleurs spécialisés dans le cadre d'un processus de planification sur cinq ans reflétant une meilleure incorporation d'objectifs à long terme ». Le cadre économique du moment exigeait un capital humain flexible, donc assez bien éduqué pour faire face aux fluctuations fréquentes du marché du travail.

Dans ce cadre, le gouvernement fédéral a signé des accords avec les provinces afin d'établir des programmes de recrutement d'immigrants où les provinces désignent les candidats mais le gouvernement fédéral assure toujours la vérification de leurs

antécédents en matière de santé, de criminalité et de sécurité. Bien plus, c'est toujours le fédéral qui octroie le visa d'immigrant à ceux qui satisfont les exigences. Chaque province concernée établit son programme selon ses besoins spécifiques afin de s'assurer une contribution importante au développement économique et industriel par les immigrants et d'assurer à ces derniers de bonnes chances de s'établir avec succès. Ces accords existent depuis des années pour le Québec. Les provinces qui les ont depuis les années 1990 sont le Nouveau-Brunswick, la Saskatchewan, le Manitoba, la Colombie-Britannique et Terre-Neuve et Labrador.

3.2. Discussion et conclusion

L'immigration constitue une partie intégrante de l'histoire du Canada et les fluctuations des politiques en cette matière reflètent l'histoire des idées, des institutions et des intérêts matériels des Canadiens au cours de l'histoire du pays. En ce qui concerne la prédominance de l'un ou l'autre élément dans la détermination des règlements en matière d'immigration, notre constat est que la balance tend vers les intérêts de classe mais notons que l'imbrication de ces trois instances reste très complexe. L'imbrication a été plus ou moins constante mais sans être mécanique. En considérant l'influence majeure des organisations capitalistes sur les changements imprimés dans les règlements de l'immigration (ex.: les sociétés de chemins de fer ou d'exploitation forestière, agences de voyage, surtout celles assurant la traversée trans-atlantique, et autres employeurs) sur la nature des politiques d'immigration au cours des années incluant la distribution des primes et autres avantages afin d'encourager le recrutement de colons (ex. : terres gratuites ou semi-gratuites), on se demande s'il n'y a pas d'autres éléments qui ont eu

autant de succès à influencer la direction qu'ont prise les politiques de l'immigration dans l'histoire du Canada.

La réponse est qu'il y a eu toujours un rôle important joué par les idées prévalentes à chaque moment de l'histoire de l'immigration canadienne. Par exemple, comme nous le verrons plus loin, l'idéologie raciste a empêché, à plusieurs reprises, l'entrée de certaines catégories d'immigrants même si le pays avait un besoin pressant de main-d'œuvre. Une hiérarchisation des ethnies et des races était là et devait être respectée autant que possible. Une bonne illustration de ce qui a failli être une exception est la période Sifton/Oliver. Dans ce cas, on assiste à une compétition entre les trois éléments déterminants mais les intérêts matériels en sortent de loin vainqueurs. Il n'y avait pas d'altruisme dans la distribution gratuite des terres de l'Ouest canadien ni dans la sélection des immigrants en provenance des pays autres que les îles britanniques. Les conflits des intérêts et des idées se sont entrechoqués pendant cette période de peuplement massif de l'Ouest mais l'ambition de peupler et de développer le pays semble avoir eu le dessus. Le coût de l'intégration en matière de temps et d'argent étant crucial, les fermiers des prairies américaines étaient privilégiés comme immigrants potentiels. Leur intégration dans les prairies canadiennes serait facile selon Sifton: ils avaient déjà acquis le matériel nécessaire pour l'exploitation agricole et une expérience directe de l'agriculture dans les prairies des États-Unis. Certains d'entre eux venaient avec du capital et du bétail.

Cependant, l'idéologie identitaire a joué un rôle non négligeable. Le fait de parler la même langue et de partager de nombreuses valeurs sociales et culturelles avec la population canadienne majoritaire était un bonus pour un pays qui cherchait à garder une identité homogène anglo-britannique.

Un autre exemple de la suprématie des intérêts économiques au-dépens d'autres facteurs est le cas des enfants britanniques qui ont été amenés au Canada et ont rejoint les rangs de travailleurs. Les yeux ont été fermés sur les abus que subissaient les nouveaux-venus aux mains des employeurs. Ces enfants ont été importés pendant plusieurs décennies parce que les employeurs canadiens les réclamaient. L'opposition des individus et institutions au Canada et en Grande Bretagne qui s'indignaient contre les mauvais traitements que ces enfants subissaient chez leurs employeurs n'a rien donné pendant longtemps (Knowles, 1997, pp. 20-22 ; Kelley et Trebilcock, 1998, pp. 90-93).

Le protectionnisme sanctionné par le gouvernement dont jouissaient certaines entreprises et les grosses subventions octroyées à d'autres constituent une autre illustration de la suprématie des intérêts économiques dans les politiques de l'immigration.

Pour les autorités de l'immigration, quand il était clair que les changements voulus à la Loi allaient causer des émois au niveau diplomatique ou autre, ces changements n'étaient pas institués mais le gouvernement donnait un grand pouvoir discrétionnaire en matière de sélection aux agents de l'immigration qui mettaient en pratique la Loi de déportation et de naturalisation d'immigrants. L'histoire des politiques de l'immigration canadienne est caractérisée par l'institutionnalisation d'un pouvoir exécutif quasi illimité. Des décisions quelquefois arbitraires prises par des fonctionnaires de l'immigration étaient souvent basées sur des règlements arbitraires, floues et assez flexibles pour permettre des abus. La vérification parlementaire était souvent inexistante. Ainsi, sans qu'il y ait une loi sur l'exclusion des fermiers noirs-américains parmi les immigrants recherchés, des pratiques discrétionnaires des agents de l'immigration ont eu

comme résultat le rejet de la plupart des demandes des Noirs américains. Même les programmes privés destinés à favoriser la colonisation par des Noirs ont été découragés, écrit Knowles (2000, p.10). On peut conclure que la forme des institutions gouvernementales et juridiques²⁸ a été médiatrice de l'imbrication des intérêts matériels et des idées pour la détermination de la direction des politiques d'immigration.

Aujourd'hui, l'idéologie identitaire a disparu des politiques de l'immigration mais on peut se demander si les politiques régissant l'intégration socio-économique des immigrants ont fait les mêmes progrès. D'après les changements apportés aux politiques d'immigration dans les années 1990, tout observateur s'attend à la fin de la « mosaïque verticale » qui a existé au Canada dans le passé. Notre tâche ici sera, en partie, de vérifier cela.

28 Ces dernières sont quasi inexistantes dans le cas des immigrants et de l'immigration. Sans l'adoption des droits de la personne au pays, les cours n'ont pas écouté les doléances des immigrants ou immigrants potentiels. En 1984, le premier cas est allé jusqu'au court suprême du Canada dans le cas de Singh.

CHAPITRE 4: APPROCHE METHODOLOGIQUE

4.1. Qu'est-ce l'analyse de contenu thématique ?

La méthode d'analyse que nous avons choisie pour notre recherche est l'analyse de contenu. Il ne s'agit pas d'une méthode mais plutôt d'un ensemble de techniques d'analyse des communications rassemblées sous la même appellation (Strauss et Corbin, 1990; Bardin, 1989 et D'Unrug, 1974). L'analyse de contenu n'est pas liée à une approche théorique ou une discipline données. Son champ d'application est vaste et difficile à délimiter selon Laurence Bardin (1989, p. 32). En fin de compte, tout ce qui relève des communications est susceptible d'être soumis à l'analyse de contenu.

Malgré la difficulté à délimiter le champ d'application de la procédure analytique, une définition donnée par Bardin reste valable pour toute une variété de techniques utilisées par des chercheurs de différentes disciplines, différentes orientations théoriques et travaillant sur différentes questions de recherche. Selon cette auteure, «l'analyse de contenu apparaît comme un ensemble de techniques d'analyse des communications utilisant des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages. » (p. 38). Elle a pour but « l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production (ou éventuellement de réception), à l'aide d'indicateurs (quantitatifs ou non) ». (p. 39)

Faire une analyse de contenu revient donc à déterminer les conditions de production des caractéristiques des communications analysées afin de pouvoir tirer des inférences logiques. Selon Henry et Moscovici,

Toute analyse de contenu vise, non l'étude de la langue ou du langage, mais la détermination, plus ou moins partielle, de ce que nous appellerons les conditions de production des textes qui en sont l'objet. Ce qu'on cherche à caractériser ce

sont ces conditions de production et non les textes eux-mêmes. L'ensemble des conditions de production constitue le champ des déterminations des textes. (cité par Bardin, p.40).

Le choix de l'analyse de contenu comme méthode d'analyse sociologique des politiques officielles nous a paru bien indiqué. Notre démarche se propose de dégager les conditions de production des documents officiels et des entrevues avec des représentants d'organisations de médecins afin de pouvoir comprendre les politiques et pratiques des organisations chargées de formuler et d'administrer le processus d'accréditation des immigrants médecins. Par conditions de production, nous signifions l'origine de la communication, le destinataire de la communication, ainsi que les causes et les antécédents de la communication (ce qui a conduit à l'énoncé). Notre approche méthodologique est qualitative et comme le dit Bardin (1989), l'approche qualitative a des traits particuliers. « Elle est surtout valable pour faire des déductions spécifiques à propos d'un événement, d'une variable d'inférence précise et non pour des inférences générales. Elle peut fonctionner sur des corpus réduits et établir des catégories plus discriminantes puisqu'elle n'est pas liée comme l'analyse quantitative à des catégories donnant lieu à des fréquences suffisamment élevées pour que les calculs soient possibles. » (p.116).

Le chercheur est tenu à savoir et à considérer les risques qu'il y a avec l'utilisation d'une analyse qualitative. La pertinence des indices retenus est souvent difficile à assurer. Ici, comprendre le sens est primordial, et pour cela, le contexte est très important. Il s'agit du contexte du message lui-même ou le contexte extérieur à celui-ci, selon Bardin (1989, p. 116).

En termes concrets, nous avons analysé les documents officiels et les transcriptions des entrevues en tenant compte de l'organisation-source, de la situation du moment de la communication selon différents critères (politique, social, économique, historique et idéologique).

La technique d'analyse de contenu que nous avons choisie est une analyse thématique. Notre unité d'enregistrement sera le thème. C'est-à-dire que le thème sera le segment de texte que nous prendrons comme unité de base pour la catégorisation. L'autre élément essentiel dans la préparation de l'analyse de contenu est le choix de l'unité de contexte. Cette dernière sert d'unité de compréhension pour coder l'unité d'enregistrement (Bardin, p. 106). Strauss et Corbin (1990) définissent l'unité de contexte comme « (T)he specific set of properties that pertain to a phenomenon; that is, the locations of events or incidents pertaining to a phenomenon along a dimensional range. Context represents the particular set of conditions within which the action/interactional strategies are taken. » (p. 96) De ces deux définitions, nous dégageons le trait essentiel du contexte qui est sa place primordiale dans la compréhension du sens de l'unité d'enregistrement. Ceci vient corroborer ce que nous avons dit plus haut à propos de l'analyse qualitative. Nous voulons nous assurer de faire une analyse pertinente, systématique et objective, et pour ce faire, nous devons nous assurer de bien comprendre le message à analyser.

L'étape suivante, qui est la construction des catégories, nécessite une bonne compréhension des messages car la catégorisation est une opération qui regroupe des unités d'enregistrements sous un titre générique, vu qu'elles présentent pour l'analyste

des traits communs selon les critères établis en accord avec les visées théoriques et l'objet de la recherche.

D'un point de vue concret, quelle est notre analyse thématique ?

Comme il a été mentionné précédemment, il est essentiel pour une analyse qualitative de bien cerner le sens de la communication analysée et pour cela, le contexte est très important. Sans lui, même la pertinence des indices retenus est difficile à assurer. Ayant ce constat en tête, nous avons cherché à toujours bien explorer et à comprendre le contexte des textes que nous avons à analyser et à placer nos analyses dans ces conditions de production afin d'assurer une compréhension objective et méthodique du message.

Concrètement, nos analyses des entrevues et documents officiels ont été guidées par le contexte quant au sujet parlant, l'organisation représentée, la situation politique, sociale, historique et idéologique du moment de la communication. Dans la phase préliminaire, nous avons parcouru notre approche théorique, nos hypothèses et la littérature sur le sujet de recherche afin d'en ressortir des thèmes. En tout, nous avons pu relever une centaine de thèmes. De ces thèmes, six catégories ont été bâties, et c'est à l'aide de ces catégories que nous avons fait les analyses des textes. Ces catégories sont liées empiriquement, néanmoins elles restent exclusives les unes des autres.

4.2.1. Grille catégorielle d'analyse

4.2.1.1 Protection de la santé de la population

La protection de la santé de la population est souvent utilisée d'une façon récurrente par différents tenants de la question de l'accréditation. Les autorités chargées

de la détermination des politiques régissant l'accréditation avancent la protection de la santé de la population comme la raison suprême des exigences (souvent rigoureuses) que doivent remplir les médecins formés à l'étranger. Pour les détracteurs du professionnalisme, il s'agit plutôt d'une manœuvre cachée pour écarter la compétition, surtout celle des gens formés en dehors des juridictions que ces autorités contrôlent. Des thèmes apparaissant sous cette catégorie sont entre autres : ressources humaines, travailleurs qualifiés, sous-utilisation des compétences des médecins diplômés à l'étranger, compétences, nouveau système de santé, évaluation, pratique médicale, accréditation, diplômés des facultés canadiennes/américaines, diplômés médicaux étrangers, négociation avec les gouvernements, relation avec le public, pénuries en médecins, services de santé, etc...²⁹

4.2.1.2 Protectionnisme pratiqué par les groupes professionnels des médecins

Les organisations professionnelles contrôlent les entrées au marché du travail et assurent ainsi un marché fermé à leurs membres. Ce marché fermé ne peut exister sans la légitimité accordée au savoir dit spécialisé des membres, savoir qui n'est accessible qu' à travers « une formation longue dans des établissements dotés de prestige social et donc ...sélectifs. » (Dubar et Tripier, 1998, p. 131). Les auteurs ajoutent que la fermeture du marché se fait par une voie légale et juridique. Elle est garantie par l'État. En plus, les rapports de domination existent entre les médecins et d'autres professionnels médicaux.

²⁹ Par endroits, les mêmes thèmes apparaissent sous différentes catégories. Le choix de ces thèmes est régi par le contexte et le sens qu'ils ont varié selon les unités de contexte dans lesquelles ils se trouvent.

Voici quelques thèmes apparus sous cette catégorie : institution de santé, monopole, autres professionnels de santé, autonomie des groupes professionnels de médecins, contrôle d'inscription en faculté de médecine, contrôle du nombre de médecins pratiquant, négociation avec les gouvernements, relation avec le public, pays de formation médicale, organisation professionnelle, ressources humaines, normes de formation médicale, contrôle de qualité des diplômes, protection de la santé des Canadiens, la bonne marche du système de santé, formation post-doctorale, qualification, etc...

4.2.1.3. Conceptions de la part des organisations chargées de l'accréditation sur les diplômés médicaux et des systèmes d'éducation médicale qui les ont produits

Ici, il s'agit de la conception qu'ont les individus ou les collectivités chargées de l'accréditation des médecins formés à l'étranger. Nous examinons les idées concernant non seulement les médecins formés au Canada mais aussi ceux formés à l'étranger. Quelle est la valeur de leurs compétences? Sont-ils capables d'assurer un service médical adéquat pour les Canadiens? Y'en a-t-il qui sont plus compétents que d'autres?

En ce qui concerne la perception des systèmes d'éducation, nous examinons les dimensions Canada/États-Unis et autres (cas spéciaux et autres) pour cette catégorie. Que pensent les autorités chargées de poser les règlements sur l'accréditation des médecins des systèmes de formation médicale américaine et canadienne d'un côté et de ceux des autres pays de l'autre?

Voici un échantillon des thèmes inclus dans cette catégorie: diplômés d'une faculté canadienne/américaine, diplômé d'une faculté étrangère, travailleurs qualifiés, évaluation, barrières à la pratique médicale pour les diplômés des facultés étrangères, facultés comparables à celles du/des Canada/États-Unis, accréditation, recrutement

international des médecins, compétences professionnelles des médecins diplômés au(x) Canada/États-Unis et les autres, capital humain, immigration, circonstances d'immigration (offre d'emploi pré-immigration ou autre voie d'immigration), système de santé canadien, le système d'agrément des facultés médicales canadiennes et américaines, système d'agrément (ou son absence) des autres systèmes d'éducation médicale, normes exigées pour les facultés de médecine et des diplômés, etc.

4.2.1.4. Exigences pour accréditation des médecins formés ailleurs qu'au Canada et des États-Unis.

Nous examinerons cette catégorie en termes de longueur de temps, de transparence, d'équité, de variabilité, de coût, de facilité en matière d'exigences. Nous focaliserons sur le cas des médecins formés en dehors du Canada et des États-Unis mais des comparaisons avec les diplômés des facultés canadiennes et américaines seront introduites de temps en temps.

Certains des thèmes inclus dans cette catégorie sont : sous-utilisation des compétences des immigrants, chômage, qualification professionnel, nouveau système de santé, nouveau système d'organisation du travail, nouveau système d'éducation et d'accréditation, circonstances d'immigration (offre d'emploi pré-immigration ou autre avenue d'Immigration), diversité culturelle, barrières à la pratique médicale pour diplômés de l'étranger, coordination des efforts, cohérences des politiques fédérales et provinciales, cohérence des politiques et exigences entre les provinces/territoires, transparence des objectifs et exigences, etc.

4.2.1.5. Gestion de la force du travail que représentent les médecins au Canada et dans les provinces/territoires

Il s'agit des informations concernant le nombre des médecins disponibles au marché du travail, leur distribution et le type de pratique qu'ils ont. Il s'agit également de voir la responsabilité des gouvernements et des groupes professionnels dans la gestion de la main-d'œuvre que représentent les médecins.

Cette catégorie couvre entre autres les thèmes récurrents de la pénurie en médecins et les tentatives de solution que les différents tenants de la question de santé de la population y apportent. Voici un échantillon des thèmes récurrents correspondant à cette catégorie : fonds pour programmes d'accréditation, transfert de paiement fédéral, responsabilité des différentes instances gouvernementales et professionnelles, pénurie en médecins, gestion des ressources humaines, planification des ressources humaines, le recrutement international, les DFMHCE, les diplômés des facultés canadiennes, etc.

4.2.1.6. Conception générale de l'immigration et de l'intégration des immigrants dans la vie socio-économique du Canada

Cette catégorie couvre les points de vue que différents tenants de la question de l'accréditation des médecins immigrants ont envers l'immigration et les immigrants. Les thèmes couverts par cette catégorie sont par exemple, la compétence professionnelle, le capital humain, l'immigration, l'évaluation des diplômes étrangers, la race, l'ethnie, le pays étranger, la discrimination, la culture, le racisme, la discrimination, l'équité, la justice, les normes professionnelles, le mœurs, l'enrichissement en ressources humaines, le fardeau pour l'économie, les problèmes inhérents à l'intégration, la diversité culturelle, etc.

4.6. Les textes à analyser et leurs cadres contextuels

Comme nous l'avons déjà indiqué, il est essentiel d'analyser une communication en rapport avec le contexte de sa production. Pour ce, notre intention ici est de présenter le corpus choisi en parlant en même temps de l'auteur du texte, ses interlocuteurs, et ses conditions de production. Nous procéderons par l'énumération des organisations-auteurs ou représentées par des interviewés.

De manière générale, notre échantillonnage a été guidé par notre objet de recherche qui est la compréhension des politiques régissant le processus d'accréditation des médecins immigrants. Nous avons cherché à cerner les politiques des organisations chargées de déterminer et de mener le processus d'accréditation. Il y a beaucoup d'organisations professionnelles ou autres impliquées de près ou de loin dans l'accréditation de médecins. Nous avons choisi les organisations qui sont beaucoup plus concernées par la prise de décision dans les politiques d'accréditation et aussi celles qui sont directement impliquées à différents échelons du processus d'accréditation. Par exemple, en ce qui concerne le sujet primordial de distribution de places de résidents, nous avons inclus dans le corpus l'Association des facultés de médecine du Canada mais omis le Service de jumelage des résidents.

Malgré que le Service de jumelage soit en charge de distribuer des places pour la formation post-secondaire et que l'Association des facultés de médecine au Canada soit, en apparence, non lié au processus de distribution de places de résidents, nous avons décidé d'inclure le Conseil et non le Service puisqu'après une courte enquête, nous avons constaté que les décisions prises et la contribution de l'Association au processus de prise de décision donne plus de poids à celle-ci. Le Service de jumelage semble être seulement

un service comme le nom l'indique et il est contrôlé par l'Association et d'autres tenants de la question de l'éducation médicale au Canada³⁰

Donc, pour comprendre les difficultés que rencontrent les DFMHCE, nous avons pensé que poser des questions à propos des politiques aux organisations impliquées serait le meilleur moyen d'atteindre notre but. Nous avions l'intention d'effectuer des entrevues avec des représentants des organisations-clés dans le processus, cependant cela n'a pas été possible pour toutes les organisations concernées. Dans ce dernier cas, nous avons sélectionné des documents officiels portant sur les politiques régissant l'accréditation. Puisque nous nous intéressons aux politiques pour y déceler les facteurs qui défavorisent l'accréditation, nous nous sommes rendu compte que la part des politiques prises par des ministères de la santé aux paliers fédéral et provincial/territorial avait une importance primordiale dans la prise de décision par les autres tenants de la question incluant les organisations professionnelles chargées du processus d'accréditation. Les organisations sélectionnées et les textes à analyser sont décrits dans la section suivante.³¹

Conseil médical du Canada (CMC)

Le Conseil médical du Canada (CMC) a été créé en 1912, en vertu de la Loi médicale du Canada grâce aux efforts inlassables de Sir Thomas Rodick qui voulait doter le pays d'un système uniforme de compétence en médecine. Après sa formation, le CMC

30 Le conseil d'administration du service de jumelage est assuré par des membres de différentes organisations impliquées dans l'éducation médicale au Canada : l'Association des facultés de médecine au Canada, le Collège royal de médecins et chirurgiens du Canada, l'Association médicale canadienne, Federation of Medical Regulatory Authorities of Canada, Canadian Association of Internes & Residents, la Fédération des étudiants en médecine du Canada, Association of Canadian Academic Healthcare Organizations et le Collège des médecins de famille du Canada.

31 Pour des informations complémentaires sur les individus interviewés, voir l'Annexe 1

a eu la responsabilité d'établir un processus d'évaluation, de maintenir un comité d'examineurs et de s'occuper du Registre médical canadien. Aux objectifs initiaux du CMC s'est ajouté en 1976 celui de la promotion de la recherche en matière d'évaluation, de coopération avec les autres instances impliquées dans l'évaluation, d'assistance dans l'évaluation continue des médecins pratiquant et de maintenir une liaison avec d'autres pays.

Depuis 2001, l'énoncé de la mission du Conseil dit qu'avec le concours d'intervenants-clés, le Conseil: « 1) met au point, valide et instaure des outils et stratégies d'évaluation de la compétence des médecins; et 2) il tient à jour un registre national des médecins et de leurs qualifications tout au long de leur carrière. »

Depuis 2002, le Conseil est composé de 45 membres. Chaque organisation provinciale/territoriale chargée de l'accréditation a 2 représentants. Les seize facultés de médecine ont chacune 1 représentant. Il y a 3 représentants du public en général et un représentant respectivement pour les étudiants sous-gradués et pour les étudiants post-gradués. Historiquement, les membres provenaient seulement des organisations chargées de l'accréditation des médecins et des facultés de médecine et le gouvernement choisissait les trois membres du public qui siégeaient au sein du Conseil; depuis 1994, le Conseil a le droit de choisir jusqu'à 5 membres du public qu'il veut. À la même époque, le Conseil a décidé de réserver de la place pour les deux représentants des étudiants.

Des examens ont été établis par le Conseil et sont administrés aux candidats qui veulent pratiquer la médecine au Canada. Les diplômés des facultés de médecine canadiennes doivent passer deux examens : l'examen d'aptitude Partie I et l'examen d'aptitude Partie II. Pour les diplômés des facultés en dehors du Canada et des États-Unis, il y a

également l'examen d'évaluation du Conseil médical canadien (EECMC). Le EECMC est administré avant tout autre examen ou formation clinique additionnelle. Il est dit objectif et a pour but d'évaluer les connaissances générales de base en médecine des DFMHCE.

Le passage avec succès à tous les examens donne accès à la licence du Conseil, laquelle est reconnue par tous les ordres de médecins du Canada (au niveau provincial/territorial.) Le droit au titre de Licencié du Conseil donne accès à l'inscription au registre médical canadien. L'obtention de cette licence est également l'un des pas vers le permis d'exercer la médecine au Canada.

En ce qui concerne les examens en détails, nous commençons par l'EECMC. Celui-ci a été instauré en 1978 à la demande de la Commission canadienne de l'emploi et de l'immigration (Dauphinee, 2002) Nous retrouvons son historique dans l'ouvrage du Dr. Robert Kerr (1979). Ce dernier relate l'histoire du développement du Conseil médical sous la commandite du Conseil. Dans cet ouvrage, nous retrouvons les débuts du système d'accréditation des médecins formés à l'étranger.³² Selon Kerr, le Conseil a dû venir en aide aux conseils provinciaux qui faisaient face au problème d'accréditation des médecins formés à l'étranger. Les systèmes d'accréditation provinciaux existant variaient et étaient quelquefois inadéquats et inefficaces. Le Conseil a attendu l'élaboration d'un examen à caractère objectif pour commencer à évaluer les connaissances de base des médecins produits par des facultés étrangères, selon l'auteur. Un examen américain a été utilisé pendant longtemps avant que le CMC n'institue son équivalent à caractère

32 Notons qu'au début le terme de diplômés à l'étranger n'incluait pas les diplômés des facultés états-uniennes, britanniques, irlandaises et géographiquement situées dans certains pays du Commonwealth (Kerr, p. 46)

canadien et bilingue. Cet examen devait aider entre autres les autorités de l'immigration à sélectionner les candidats à l'immigration qui ont l'intention de pratiquer la médecine au Canada (des centres d'examens étaient éparpillés à l'étranger.) L'examen était utilisé à un autre effet également , notamment comme test de base utilisé par les instances médicales professionnelles dans leur sélection des candidats à des postes de formation.

La fonction de l'examen au service de l'immigration n'est plus là depuis que le Canada a décidé que la profession médicale n'était pas privilégiée dans la sélection des immigrants de la catégorie des travailleurs qualifiés. Cependant, l'examen continue à être utilisé par le Conseil comme moyen d'évaluer les connaissances médicales de base des DFMHCE. D'autres instances d'évaluation et de formation continuent à exiger la présentation des résultats de l'EECMC.

Les deux autres examens exigés par le CMC, comme dit plus haut, sont les examens d'aptitude, partie I et II. Ils ont été instaurés vers la fin des années 1970. Contrairement à l'examen d'évaluation, ils ont un contenu spécifiquement canadien. Il y a des questions légales proprement canadiennes dans la pratique de la médecine. L'Examen d'aptitude Partie I est un examen écrit d'une journée qui a pour but d'évaluer les connaissances globales médicales et la capacité de résoudre des problèmes cliniques en médecine, en pédiatrie, en obstétrique et gynécologie, en médecine sociale et préventive, en psychiatrie, en chirurgie et dans les disciplines connexes.

L'Examen d'aptitude Partie II a pour but l'évaluation des aptitudes et des comportements qui font partie de la compétence clinique attendue de tous les médecins. Des problèmes cliniques et des données sur des cas multiples, c'est-à-dire l'examen clinique objectif structuré (ECOS) sont posés en simulation standardisée aux candidats.

Pour se présenter à l'EACMC II, il faut avoir réussi la partie I de cet examen et prouvé qu'une formation post-doctorale d'au moins 12 mois a été suivie avec succès.

Textes à analyser :

- Dauphinee, D. et Tim Woods, Medical Council of Canada. Experience and Future roles in IMG Assessment (le texte donne des données statistiques et factuelles sur les examens que le CMC donne aux DFMHCE.)
- Dauphinee, D., Integrating international medical graduates into health care delivery in Canada: Attempting to resolve years of discontinuity between immigration policy and implementation strategies in the field (texte présentant le contexte de la question de Groupe de travail national sur l'accréditation des DFMHCE. Sa rédaction a été faite par le co-président du Groupe à mi-chemin vers la publication du rapport du Groupe de travail.
- Entrevue avec le représentant du CMC (l'entrevue a eu lieu quelques jours après la publication du rapport du Groupe de travail national sur l'accréditation des DFMHCE. L'interviewé était co-président du Groupe. L'interview a donc porté plus sur les recommandations du rapport et la suite qui allait être donnée au rapport.
- Conseil médical canadien, Brochure d'information concernant l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EEMCM) 2004

Association des facultés de médecine du Canada (AFMC)

Cet organisme a été créé en 1943. Il regroupe les 16 facultés de médecine canadiennes. Il est dirigé par un Conseil d'administration réunissant les doyens des seize facultés de médecine et les présidents et présidentes des quatre comités permanents : le comité de l'Enseignement médical pré-doctoral, le comité de l'Enseignement médical postdoctoral, le comité de l'Éducation médicale continue et le comité de la Recherche et des études supérieures. L'AFMC a pour mission d'améliorer la santé de la population canadienne par le biais de l'éducation médicale et de la recherche biomédicale et en santé.

Le rôle principal de l'AFMC consiste à coordonner ces activités au niveau national. L'AFMC siège comme membre à part entière ou comme observateur au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada; Collège des médecins de famille du Canada; l'Association médicale du Canada; Conseil médical du Canada; Fédération des ordres des médecins du Canada et la Panamerican Federation of Faculties of Medicine. L'AFMC entretient des rapports étroits avec l'Association of American Medical Colleges (AAMC) et participe activement à bon nombre de ses activités. L'AFMC collabore également avec le Royaume-Uni et l'Europe francophone sur des questions touchant l'enseignement postdoctoral et l'agrément. Les facultés de médecine canadiennes comptent parmi leurs étudiants un certain nombre de ressortissants de pays en voie de développement et le Comité permanent de l'Enseignement médical postdoctoral a joué un rôle clef pour simplifier et normaliser les formalités administratives pour ces stagiaires.

Textes à analyser :

- Entrevue avec le représentant de l'AFMC

- Liaison Committee on Medical Education (LCME), Functions and Structure of a Medical School (les normes pour une faculté médicale digne d’être accréditée par l’organisme d’agrément américain, le Liaison Committee on Medical Education. Ce texte figure ici parce que la collaboration entre les deux organismes d’agrément est grande et les diplômés des facultés agréés par cet organisme américain sont considérés au même pied d’égalité que les diplômés des facultés canadiennes.)

Le ministère de la santé et des soins de longue durée

Comme nous l’avons dit, la médecine ressort de la juridiction provinciale. Le ministère provincial de la santé a la responsabilité immense de gérer les ressources humaines médicales, entre autres en plus de gérer les soins de santé. Il recrute les médecins et est leur employeur. Pour le moment, le Ministère est en prise avec une pénurie en médecins et multiplie des efforts pour le recrutement.

Textes à analyser :

- Entrevue avec deux représentants du ministère (les deux travaillent dans la branche de la planification des politiques des services de santé)
- Ontario International Medical Graduates Clearinghouse, Selection Process. (Ce centre est nouveau. Il regroupe les programmes d’accréditation des DFMHCE. Il a été mis sur pied il y a quelque mois et il représente beaucoup d’espoir quant à la résolution des problèmes d’accréditation. Beaucoup d’initiatives ont été annoncées qui semblent

être une bonne voie vers l'élimination des éléments qui causent la discrimination systémique. The Ontario International Medical Graduate Clearinghouse (OIMGC) est un projet résultant de la coopération entre le Conseil des facultés de médecine en Ontario (CFMO), l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et le Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD). L'OIMGC est administrativement sous l'égide du CFMO mais ce dernier est tenu à donner des rapports au comité fait des membres des organisations de la coopération (CFMO, CMCO et MSSLD.) L'OIMGC a été établi en consultation avec le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, le Collège des médecins de famille du Canada et le Conseil médical du Canada. L'OIMGC a été créé dans la foulée des études et rapports publiés sur la pénurie des médecins en Ontario aujourd'hui et dans les années à venir. Sa création vient contribuer à la résolution du problème de pénurie d'une façon rapide. La plupart de ses programmes visent à produire des médecins rapidement (6 mois par exemple.) Ces derniers sont tenus à travailler dans des régions ontariennes qui ont un besoin pressant de médecins.

Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

L'Ordre est une organisation auto-réglementée des médecins de l'Ontario. L'Ordre a reçu du gouvernement provincial le mandat de réglementer la pratique de la médecine afin de protéger la population et de servir les intérêts de la population. Il octroie

des certificats d'inscription aux médecins pour l'exercice de la médecine dans la province. L'Ordre assure le contrôle des médecins afin de maintenir le respect des normes de la profession. Dans ce cadre, les vérifications régulières par les pairs, l'investigation des plaintes et la prise des mesures disciplinaires en cas d'incompétence et de mauvaise conduite sont effectuées afin de protéger la population, selon l'énoncé de la mission de l'Ordre (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario)

Texte à analyser :

- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (a), About the college.

Il s'agit de l'information générale sur l'Ordre : sa vision, ses buts, son mandat et ses politiques.

- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (b), Tackling the Doctor Shortage.

(Ce texte a été publié en Juin 2004 par l'OMCO. Il s'agit d'un rapport du Physician Resources Taskforce, un groupe de travail dont la création a été facilitée par l'Ordre. Ce groupe est composé de représentants du ministère de la santé et des soins de longue durée (MSSLD), du Conseil des facultés de médecine de l'Ontario, de l'Association médicale de l'Ontario et de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'ontario. Depuis 1998, l'Ordre s'est mis à la recherche des solutions à la pénurie de médecins dans la province et c'est en 2002 que le Physician Resources Taskforce a finalement remis ses 15 recommandations dont 8 ont été adoptées par le MSSLD. Ceci a abouti par exemple à la création du International Medical Graduates Clearinghouse en 2003 et un programme accéléré d'évaluation et formation de médecins formés à l'étranger).

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Le Collège a été créé en 1929, en vertu d'une loi spéciale du Parlement du Canada, afin d'encadrer la formation médicale des spécialistes au Canada. L'énoncé de mission de l'institution correspond à ce but : « une organisation de médecins spécialistes vouée à l'établissement de normes de pratique élevées et à l'assurance de la qualité des soins de santé »

Le Collège est l'organe de la médecine spécialisée au Canada. Il assure la conformité à des normes élevées de la formation et l'évaluation des médecins et chirurgiens spécialistes de 60 spécialités et de deux programmes particuliers. Selon le site web du Collège, le Collège n'est pas un ordre professionnel, ni un organisme disciplinaire. Sa mission est de nature éducative. Elle consiste à établir des normes.

Le Collège est très influent dans le milieu de la santé canadien et il travaille en étroite collaboration avec les organisations professionnelles et les instances gouvernementales. A propos des relations entre le Collège avec d'autres institutions, voici ce que le Collège en dit : « le Collège entretient des rapports étroits avec les 16 facultés de médecine canadiennes, de nombreuses associations professionnelles nationales, des organisations bénévoles de la santé et des organismes gouvernementaux, auprès de qui ses points de vue suscitent le respect et sont déterminants dans les débats portant sur l'éducation médicale, la recherche médicale et la qualité des soins de santé offerts aux Canadiens. » (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.)

Texte à analyser :

- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (a), A propos du Collège (information sur le collège et sa responsabilité en matière d'accréditation des diplômés).
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (b), Les systèmes internationaux d'éducation postdoctorale (Listes des systèmes d'éducation médicale posdoctorale évalués par le CRMCC. Les listes incluent celle des systèmes jugés acceptables, celle des systèmes jugés inacceptables et celle des systèmes dont l'évaluation était inconcluante car des éléments manquaient pour une évaluation complète).

Collège des médecins de famille du Canada

Le Collège est l'organe national qui représente les médecins de famille au Canada. La mission du Collège est de s'assurer que ses membres parfont leur formation médicale d'une façon continue. Selon l'énoncé de la mission du Collège, ce dernier « s'efforce d'améliorer la santé des Canadiens en encourageant l'excellence des normes éducatives touchant la formation et l'exercice de la médecine familiale, en contribuant à sensibiliser la population aux habitudes de vie saines, en favorisant l'accès immédiat aux services dispensés par les médecins de famille, en stimulant la recherche et en faisant connaître davantage la médecine familiale » Les objectifs sont : 1) se faire le champion de la qualité des soins de santé pour tous les Canadiens et Canadiennes, 2) soutenir ses membres dans la prestation de soins de haute qualité en misant sur la formation, la

recherche et la promotion de l'excellence dans l'exercice de la médecine familiale, 3)
s'assurer que le rôle du médecin de famille soit bien compris et respecté.

Texte à analyser :

Collège des médecins de famille du Canada, Historique et Mission et objectifs

Santé Canada

La médecine est sous la juridiction provinciale mais les principes du système de santé canadien sont nationaux. Le gouvernement fédéral donne aux provinces/territoires une partie des fonds nécessaires pour assurer la marche du système de santé. Il y a donc un certain partage des tâches entre les deux paliers de gouvernement. Cependant, il y a souvent une tension entre les politiciens des deux niveaux quant au montant que le fédéral devrait déboursier pour la santé, aux priorités en matière de santé et au niveau d'autonomie que les provinces devraient avoir dans la matière. Il y a eu, notamment dans les années 1990, des coupures dans les fonds alloués à la santé par le gouvernement fédéral.

Textes à analyser :

- Santé Canada (a), Des fonds fédéraux favorisent l'accréditation de médecins formés à l'étranger (Ce texte publié par Santé Canada en mars 2004 porte sur l'annonce par Hedy Fry des fonds destinés à une intégration plus facile des DFMHCE immigrants reçus afin d'aider à enrayer la pénurie de médecins. Cet argent est prélevé en grande partie sur les 90 millions de dollars que le gouvernement a promis dans le cadre de l'Accord de 2003 sur le renouvellement du système de santé pour la mise au point de stratégies concertées avec les

provinces et les territoires afin que le Canada dispose de tous les professionnels de la santé dont il a besoin).

- Santé Canada (b), Le gouvernement octroie 4 millions de dollars pour aider les médecins diplômés à l'étranger à obtenir leur permis d'exercer au Canada. (Ce texte a été publié par Santé Canada en mars 2004. Il porte sur la distribution des fonds réservés à la mise en œuvre des recommandations émises par le Groupe de travail canadien sur l'accréditation des DFMHCE immigrants reçus. Cet investissement vise l'intégration d'un plus grand nombre de médecins formés à l'étranger au système de santé canadien. La plus grande partie de cette somme, soit 3,7 millions de dollars, provient de Santé Canada. Le reste provient de Ressources humaines et Développement des Compétences Canada, d'Industrie Canada et de Citoyenneté et Immigration Canada).

CHAPITRE 5 : RESULTATS DE L'ANALYSE DE CONTENU

5.1. Introduction

Nous avons effectué une analyse de contenu des entrevues que nous avons eues avec des représentants de certaines organisations impliquées dans la mise en place des politiques d'accréditation et de leur mise en pratique. Une analyse de contenu a été effectuée également sur des documents officiels publiés par les organisations pour lesquelles nous n'avons pas pu obtenir une entrevue. Il nous a paru important également d'inclure dans le corpus des documents publiés par d'autres intervenants importants sur la question d'accréditation des médecins formés à l'étranger, à savoir les ministères de la Santé aux niveaux fédéral et provincial. Dans la présente section, nous allons présenter nos résultats. Nous procéderons par la présentation des deux grandes hypothèses avant d'opérer une vue d'ensemble qui servira de discussion générale des résultats et de réponse à la question de recherche.

5.2. Quels résultats nous livre l'analyse de contenu?

5.2.1. Hypothèse 1 : les pratiques des organisations professionnelles de médecins ont un caractère exclusiviste et protectionniste qui assure à ces dernières un contrôle sur les entrées dans le marché du travail.

Dans cette section, nous allons voir ce que les textes analysés disent à propos du caractère exclusiviste et protectionniste des organisations professionnelles de médecins, le discours avancé pour le masquer et les moyens déployés pour atteindre le protectionnisme. Nous interrogerons ensuite les textes sur la particularité du prestige et du statut spécial que détiennent les membres des organisations professionnelles de médecins.

Tout d'abord, notons que l'on ne verra nulle part dans les textes analysés une affirmation que les organisations professionnelles impliquées dans le processus d'accréditation des médecins immigrants ont des intentions protectionnistes ou jouissent d'un statut social spécial et d'un prestige particulier. Vérifier nos sous-hypothèses reliées à ces caractéristiques des organisations professionnelles des médecins et leurs membres exige plutôt l'analyse du langage tenu par ces organisations au niveau autre que manifeste. Il faut opérer une sorte d'interprétation des textes à la lumière des circonstances entourant leur production.

Toutes les organisations dans notre échantillon se disent avoir comme mission ou objectif principal le maintien d'un service infaillible à la population. L'ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) exprime son mandat dans la proposition suivante: « The best quality care for the people of Ontario by the doctors of Ontario » (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2004). Pour le CMC, il s'agit de « Veiller à offrir aux Canadiens les meilleurs soins médicaux qui soient grâce à l'excellence de l'évaluation des médecins' par l'accomplissement consciencieux de sa mission » (CMC, 2004) Quant à l'énoncé de mission du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), il est formulé dans les propos suivants : « Une organisation de médecins spécialistes vouée à l'établissement de normes de pratique élevées et à l'assurance de la qualité des soins de santé.» (CRMCC, 2004)

Selon différents textes analysés, le maintien de la qualité et du contrôle des risques se fait par un contrôle étroit exercé sur la formation des futurs médecins, sur leur accréditation et sur l'évaluation continue tout le long de leur vie professionnelle. En général, les analyses montrent que concrètement, les organisations cherchent à protéger la

santé de la population par deux moyens essentiels : garder un bassin de médecins suffisant par rapport aux besoins de la population (Entrevues avec les représentants du MSSLD, du CMC et de l'OMCO) et assurer la qualité des services rendus par les médecins afin de minimiser les risques.

Selon le représentant du Ministère de la santé et de longue durée de l'Ontario, les changements qu'on voit aujourd'hui dans les politiques de l'Ontario en ce qui concerne la formation des médecins au Canada et l'accréditation des DFMHCE n'est rien d'autre que « changing supply to match the population demand » Aujourd'hui, aussi bien en Ontario que dans tout le Canada, il y a des changements dans la formation démographique canadienne et dans les besoins des communautés en matière de santé. « We always look at our physician supply to see how we might better be able to respond. » En ce qui concerne le contrôle des compétences, le représentant de l'AFMC dit: « Now the reason these people are not recognized as equivalent and that's by the licensing authorities, by the people who run the residency match program, all kinds of organizations is because the rest of the world does not have a good accreditation system. Even civilized countries like France and Germany have insofar not really put in place a stringent accreditation system for medical schools.» Des exemples plus explicites de la volonté de contrôler les compétences de nouveaux médecins sont l'établissement de différents programmes d'évaluation et de formation supplémentaire pour les DFMHCE.

Maintenant que nous voyons l'explication donnée par les textes analysés pour le contrôle des entrées au marché du travail des médecins, nous allons regarder de près

comment le contrôle est opéré et s'il atteint le but recherché. Et ce, dans quelles circonstances cela se fait pour les individus concernés.

Commençons par l'évaluation des compétences des médecins. Nous avons vu que pour pratiquer la médecine au Canada, il y a des exigences à remplir, aussi bien pour les diplômés médicaux canadiens que pour les DFMHCE. (Entrevue avec le représentant de l'AFMC, Ontario International Medical Graduates Clearinghouse, Liaison Committee on Medical Education). Cependant, il apparaît dans les textes analysés que les exigences sont rendues rigides ou souples pour les DFMHCE selon les circonstances (exemple : la loi de l'offre et de la demande, la situation fiscale de la province).

Par exemple, depuis la publication en 1991 du rapport Barer Stoddart qui prévoyait une surabondance de médecins, les organisations impliquées dans l'accréditation des DFMHCE ont mis en branle un plan qui a coupé intensivement le chiffre des DFMHCE à avoir accès à la pratique de la médecine au Canada. (entrevue avec représentants du ministère de la Santé et de longue durée, interview avec le directeur général du CMC). Les dispositions prises incluent le retrait de la profession médicale de la liste des professions préférées pour l'immigration au Canada. En plus, l'Ontario a institué l'Ontario International Medical Graduate Program comme seul itinéraire possible vers l'accréditation. Si on examine la nature de ce programme, on ne peut s'empêcher de se demander si ce programme n'était pas mis en place comme barrière plutôt qu'opportunité pour les DFMHCE. Il était de nature très compétitive. Il y avait seulement 24 places par an alors que chaque année, des centaines de postulants se présentaient. En plus, ce programme ne donnait pas un accès direct à une formation post-doctorale mais

plutôt à une pré-résidence de neuf mois pour tout le monde, incluant les médecins accomplis. Notons que les DFMHCE sont très variés en ce qui concerne leurs qualifications. Il y en a qui ont immigré au Canada sans avoir fait la formation post-doctorale mais il y en a également qui sont complètement accrédités dans leurs juridictions et qui ont pratiqué la médecine pendant une certaine période. Pourquoi ne pas évaluer les médecins individuellement et trouver ce qu'il faut à chacun? On sait qu'il existe par exemple un centre d'évaluation des médecins canadiens pour l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le Physician Review Program de l'Université McMaster. Avec le temps et la constatation que la surabondance de médecins annoncée n'allait pas avoir lieu, le nombre des places dans l'Ontario International Medical Graduate Program a été augmenté à 36 et finalement à 50 par an.

Une autre illustration de l'ouverture de la porte de la profession quand la main-d'œuvre est en grande demande et non parce qu'il faut évaluer efficacement et équitablement les compétences des DFMHCE est la création du programme Assessment Program for International Medical Graduates il y a quelques années.³³ Il s'agissait d'un programme qui reconnaissait que certains DFMHCE sont des médecins accomplis et méritent une chance de démontrer le niveau de leurs compétences et d'exercer la médecine en Ontario. Ce programme devait produire des médecins très rapidement. Une évaluation en milieu hospitalier pendant une période de 6 mois pouvait ouvrir la porte à une accréditation rapide et relativement facile. Un autre exemple de la façon dont les autorités chargées de l'accréditation peuvent changer les exigences et les conditions

33 L'Ontario International Medical Graduate Program et l'Assessment Program for International Medical Graduates ont été amalgamés pour former l'International Medical Graduate-Ontario (dont le nom initial était Ontario IMG Clearinghouse)

d'accréditation est la mise en place récente de l'Ontario International Graduate Clearinghouse (ou l'International Medical Graduate-Ontario, comme on l'appelle maintenant) qui semble donner réponse à la plupart des critiques adressées aux organisations impliquées dans l'accréditation des DFMHCE depuis des années.

Un représentant du Ministère de la santé reconnaît le caractère changeant des politiques en matière de planification des ressources humaines en médecins : « ...so you find what happens with government policy is it usually reflective of the given time and place... » Il continue en disant qu'au début des années 1990, il y eu des coupures dans les facultés de médecine et des places réservées aux DFMHCE car on pensait qu'il y aurait trop de médecins dans les années à venir. Mais avec la sortie de deux rapports d'étude qui prévoyaient une pénurie de médecins, les places réservées aux DFMHCE ont été augmentées et aussi d'autres voies d'accréditation ont été instaurées. Il ajoute que la création récente de l'Ontario International Medical Graduate Clearinghouse, qui est encore à ses débuts semblent promettre une fin à beaucoup de problèmes que rencontrent les DFMHCE depuis des années.

Before we had two programs that would kind of hit both ends of the spectrum. We had the IMG program for entry level people and the APIMG for people that were pretty much in recent practice and almost ready to go into practice. Nothing kind of hit in between and now we are moving towards a system that looks at the international medical graduates individually and can assess what needs they have and hopefully provide them with the opportunities that they need. (entrevue avec un représentant du ministère de la Santé et des soins de longue durée).

Comme nous avons vu, il y a une pénurie de médecins en Ontario, non seulement dans les communautés du Nord de la province mais aussi dans des communautés du Sud-Ouest et autres. Nous pouvons donc tirer une conclusion : la

protection de la santé de la population avancée par les organisations professionnelles comme raison suprême de la rigueur dans le processus d'accréditation est quelque fois une excuse. On sait que quand des modalités d'évaluation et de formation supplémentaire sont disponibles pour les médecins formés dans d'autres juridictions, le résultat est que la sécurité de la population est assurée et leurs besoins sont satisfaits.³⁴ En entrevue, le directeur du CMC, en tant que co-président du Groupe de travail sur l'accréditation des DFMHCE, a reconnu le même fait essentiel en ce qui concerne les programmes d'accréditation des DFMHCE. Les exigences vont de pair avec les circonstances. Il est aisé de voir une corrélation entre les politiques d'accréditation et les circonstances du moment. N'oublions pas que, souvent, aux mêmes moments où les changements ont été apportés au processus d'accréditation pour rendre difficile l'entrée des DFMHCE au marché du travail, des coupures étaient apportées dans les facultés de médecine pour qu'il y ait moins d'étudiants acceptés. Seulement, l'intervention d'autres facteurs rend les changements qualitativement différents pour les deux groupes et les conséquences dans leurs vies sont différentes également.

En filigrane de la discussion de l'objet du contrôle de qualité, nous percevons des éléments relatifs à la production suffisante de médecins en bonne proportion des besoins de la population. Cette production est le deuxième moyen utilisé pour protéger la population selon les textes analysés. Les éléments perçus concernent les changements dans les politiques de formation médicale au Canada, tant au niveau sous-gradué que

34 Notons que les DFMHCE ont toujours présenté une part importante dans les effectifs de médecins pratiquant aussi bien au Canada qu'aux Etats-Unis. (Dauphinee, 2002; interview le directeur de l'association des facultés de médecine au Canada) En Ontario, historiquement, leur pourcentage ont historiquement oscillé autour de 25% de l'effectif medical.

post-gradué et dans les politiques d'accréditation des DFMHCE. Il y a également l'élément que nous n'avons pas touché encore de recrutement international. Cet élément n'a pas beaucoup de signification pour l'Ontario parce que la province n'a jamais recouru à ce moyen de recrutement de médecins. Cependant, il reste important dans les débats sur la recherche de solution contre la pénurie des médecins au niveau national.

En ce qui concerne la responsabilité d'assurer un bassin suffisant de médecins pour les Ontariens, les autorités ont failli à la population. Des politiques adoptées dans le passé viennent les hanter maintenant (interviews avec le directeur du CMC et de l'AFMO, Dauphinee, 2002.) Les résultats de ces politiques de coupure sont le nombre limité de nouveaux médecins entrant sur le marché du travail. Ceci est couplé au fait que beaucoup de médecins arrivent à leur âge de la retraite maintenant (les « baby boomers ».) L'autre fait qui vient encore compliquer les choses est les changements dans les besoins de la population. Cette dernière est de plus en plus âgée (effet des « baby boomers » encore une fois, mais également du fait que l'espérance de vie est plus élevée.) La population a donc tendance à vivre plus longtemps et à présenter plutôt des maladies chroniques. Tous ces faits étaient prévisibles (interview avec le directeur du CMC) mais les planificateurs des ressources humaines n'ont pas adopté les décisions qui auraient été plus en ligne avec les prévisions de pénurie dans les années à venir.

Signalons ici que le ministère de la santé provincial a la responsabilité et le devoir de prendre des décisions en ce qui concerne les fonds alloués à la formation des médecins mais il ne décide pas seul. Il est fortement influencé par des membres des corps professionnels qui siègent comme experts et/ou grands partenaires du ministère au sein d'instances de prise de décisions. Leur apport dans le processus de décision n'est pas

clair ni mesurable mais il n'est pas à ignorer non plus. Une représentante de l'Association of International Graduates of Ontario a reconnu le fait qu'il s'agisse d'une aberration que des groupes d'intérêts professionnels puissent s'asseoir dans le cercle des décideurs de la composition, de la taille et de la distribution du marché du travail et des ressources humaines disponibles. On peut donc postuler les groupes professionnels de médecins ont joué un rôle dans la pénurie qui existe aujourd'hui même si la responsabilité incombe plus au ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario.

Le contrôle de la formation des médecins et de leur entrée sur le marché du travail est un sujet récurrent dans les textes. La question des exigences pour accréditation variant avec les conditions sur le marché du travail est une des lectures que nous en avons faite. Par exemple, des conditions d'accréditation trop rigoureuses et n'ayant pas de mérite quant à l'évaluation des réelles compétences des candidats illustrent la fermeture de la pratique médicale pour certains. Historiquement, comme nous l'avons vu plus haut, l'Ontario a relativement dépendu des services des DFMHCE mais les choses ont changé récemment. Selon le représentant de l'AFMC et du CMC, les DFMHCE venaient au Canada à travers l'immigration officielle des médecins. Leur source géographique était la Grande Bretagne, l'Irlande et certains pays du Commonwealth. Ces médecins s'intégraient bien dans différentes communautés canadiennes. Mais cela a changé avec le temps et avec des circonstances réelles ou perçues qui semblaient menacer la situation des médecins canadiens.

Les changements ont donné lieu à l'existence d'un autre groupe de DFMHCE qui est celui qui a des problèmes d'intégration aujourd'hui. Ce nouveau DFMHCE a effectué

ses études médicales dans des pays du Tiers Monde ou des pays en transition. Il arrive au Canada sans offre d'emploi comme médecin. En fait, il n'obtient pas son visa d'immigration grâce au fait qu'il est médecin. Depuis que le Canada a décidé que les médecins ne seraient plus sur la liste prioritaire pour l'immigration des travailleurs qualifiés, des médecins étrangers ont eu recours à des moyens « underground », comme l'appelle le représentant de l'AFMC pour entrer au Canada. Une fois ici, ils ont voulu pratiquer la médecine mais les portes étaient plus ou moins fermées. Dauphinee a écrit à ce propos:

« A recent informal telephone poll of registrars of the medical licensing bodies in Canada indicated that most provinces are licensing a greater percentage of IMG's on work permit than as landed immigrants.» (Dauphinee) Il ajoute plus bas: "...many underserved provinces and regions were actively recruiting physicians from other countries while many IMG's in the larger Canadian cities remained mired in non-physician roles, even once they passed licensing examinations."

On peut se demander ici s'il n'existe pas des facteurs de sélection qui n'ont rien à voir avec le niveau de compétence des candidats.

Nous avons cherché à vérifier les sous-hypothèses qui disent que la division du travail et de l'espace professionnel assurent le prestige et un statut spécial aux médecins et leurs organisations professionnelles. Les textes analysés montrent que les médecins occupent une place avantageuse dans la hiérarchie des professionnels en milieu du travail. Les organisations professionnelles de médecins ont eu le mandat de réguler leur propre profession (formation de futurs médecins, évaluation continue de la compétence des membres, consultation étroite par les gouvernements dans la prise de décision en matière de planification de la main-d'œuvre, etc...) Cependant les textes montrent qu'une certaine perte d'autonomie serait sentie par les médecins quand les gouvernements

cherchent à trouver des solutions aux problèmes de pénurie sans trop les consulter d'abord (entrevues avec les représentants de l'AFMC et du CMC).

Pas grand chose n'a été dit à propos des rapports entretenus par les médecins et les autres professionnels de santé dans le milieu de travail. Nous voulions vérifier la prédominance de la place occupée par les médecins dans le système médical canadien. En effet, selon les écrits empiriques et théoriques, les médecins se seraient taillés une place de lion dans le milieu du travail médical où tout gravite autour d'eux et de leurs expertises dites supérieures et indispensables aux soins médicaux. (Freidson, 1986 et 2001, Dubar et Tripier, 1998).

En plus, une perception populaire des médecins et de leur profession réserverait aux médecins une place privilégiée au niveau social. Les médecins seraient associés à un statut social élevé et bénéficieraient d'un prestige particulier en tant que groupe social. Les textes analysés ne disent pas rien à ce propos non plus. Cependant, nous postulons que les traitements discriminatoires envers les DFMHCE sur le sol canadien est un des moyens de ne pas tacher l'image que la profession a établie pour elle-même. Les DFMHCE qui cherchent à joindre les groupes professionnels de médecins sont différents des membres traditionnels des groupes. La plupart des DFMHCE sont originaires et ont été formés dans des pays du Tiers-Monde, ils sont souvent membres de minorités visibles, ils sont immigrants et souvent, ne maîtrisent pas l'une ou les deux langues officielles. Dans le passé, les DFMHCE étaient formés (et la plupart du temps originaires) dans des pays du Commonwealth blanc qui constituent la source traditionnelle des immigrants pour le Canada. La plupart du temps, ces DFMHCE avaient

l'Anglais comme leur langue maternelle. En général, ces médecins formés à l'étranger ressemblaient aux médecins formés au Canada selon beaucoup de facteurs sociaux-identitaires et selon l'image que les groupes professionnels projettent et que la perception populaire a du médecin.

Cependant, les représentants du ministère de la santé ontarien ont été catégoriques à ce sujet. Il n'y a pas de traitement différentiel entre les individus selon leur région d'origine ou de formation médicale. Les différents itinéraires d'accréditation et les conditions correspondantes que les candidats ont à suivre sont déterminés par les programmes eux-mêmes. Et les programmes sont établis selon les politiques du moment. Cette perception des choses ne nous a pas convaincue ou du moins, nous en faisons une lecture différente, à savoir l'existence d'une discrimination systémique dans la façon dont ces programmes sont définis et établis. Pour nous, des politiques apparemment objectives et universelles peuvent aboutir à des conséquences différentes pour différents groupes d'individus. Par exemple, le fait que seuls les DFMHCE soient obligés d'entrer en contrat avec le gouvernement pour travailler dans une communauté en manque de médecins pour un certain nombre d'années est assez révélateur.³⁵ En plus, il existe une disproportionnalité entre le nombre d'années que les DFMHCE sont tenus à rester dans une communauté donnée et la longueur de la formation reçue dans le cadre du programme de formation ou d'évaluation. Qu'on ait eu une évaluation de 3 jours avant d'entrer dans la pratique de la médecine ou qu'on ait eu à faire une formation de 2 ans, on est toujours tenu à pratiquer la médecine dans la région exigée pendant 5 ans. Cependant, dans le cas des médecins

³⁵ Les diplômés de facultés canadiennes peuvent participer dans le programme s'ils veulent que leurs études soient payées pour eux mais ceci est fait à titre volontaire.

formés au Canada qui entrent dans le programme, il semble que la longueur de formation reçue correspond en termes de temps à celle de pratique dans une communauté jugée en manque de médecins. Le programme de repatriation est le seul qui admet les diplômés des facultés canadiennes qui semble avoir une concordance dans le nombre d'années de formation et le nombre d'années exigées pour une pratique médicale dans une région désignée en manque de médecins. Notons cependant que ce programme admet seulement, (en plus de diplômés de facultés canadiennes) les DFMHCE qui ont reçu une formation postdoctorale étrangère reconnue par le Collège royal de médecins et chirurgiens du Canada.³⁶

Un autre exemple d'une situation qui crée une discrimination systémique est l'absence de modalités d'équivalence pour les systèmes d'agrément de formation médicale en dehors du Canada et des États-Unis. Le système canado - américain d'accréditation des facultés de médecine utilisé comme étalon pour le traitement des dossiers des candidats à la pratique de la médecine au Canada et aux États-Unis est le meilleur au monde selon la presque totalité des textes analysés. Cela est possible. Malheureusement, une étude comparative des systèmes est au-delà de mes capacités, mais une lecture des « Functions and structure of a medical school » publié par l'institution d'agrément des facultés de médecine américaine (*Liaison Committee on Medical Education*) donne une idée de ce que devrait être les normes d'une bonne école médicale selon les autorités chargées de l'accréditation des diplômés médicaux. On peut

³⁶ Selon la liste publiée par le Collège royal de médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC), les systèmes internationaux d'éducation postdoctorale qui répondent aux critères du CRMCC et sont acceptables ne sont pas nombreux. Ils sont au nombre de 21 et sont situés en Grande Bretagne et Irlande, l'Australie, au Singapore, en Afrique du Sud, au Hong Kong, et en Suisse) Pour plus de détails, voir http://crmcc.medical.org/residency/certification/img_f.php

cependant se demander si les normes citées n'ont pas d'équivalent dans d'autres systèmes. Il faut ajouter que certaines caractéristiques ne peuvent que se retrouver en Occident. Ne pas chercher à établir des équivalences et à examiner la particularité de ce que les autres systèmes d'éducation offrent revient à rejeter automatiquement les médecins produits par tous les systèmes autres que ceux agréments par la Liaison et le Comité d'agrément des écoles de médecine au Canada.

En bref, la vérification de notre première hypothèse et de ses sous-hypothèses a aboutit à une conformation mais des nuances ont été observées. En effet, les organisations professionnelles ontariennes de médecins ont un caractère protectionniste et exclusiviste mais l'autonomie et le contrôle que les médecins ont comme privilège dans le milieu du travail se trouvent de plus en plus limités dans ces moments de pénurie de médecins où le gouvernement ontarien essaye d'établir de nouveaux programmes d'évaluation et de formation relativement accélérées pour produire des médecins. L'autre élément qui vient nuancer la confirmation des sous-hypothèses est le fait que le gouvernement est le pourvoyeur des fonds pour la santé de la population, de la formation postdoctorale des médecins et de leurs honoraires une fois qu'ils entrent en pratique. Pour ce, le gouvernement décide du nombre de médecins à former ou, dans le cas des DFMHCE, à évaluer et former si nécessaire.

5.2.2. Hypothèse 2 : la racialisation et ou /ethnisation des médecins immigrants par les organisations chargées de définir et de diriger le processus d'accréditation engendre une discrimination contre ces premiers

La vérification de cette hypothèse à l'aide de l'analyse des textes s'est avérée plutôt difficile. Comme nous l'avons dit dans la partie théorique, le racisme est condamné

par la Charte des droits et libertés du Canada et, pour ce, on ne peut facilement le déceler dans les discours ou politiques officiels. Nous avons cherché à voir la perception que les autorités chargées de l'accréditation des diplômés médicaux ont de ces derniers et des facultés médicales qui les ont formés. La lecture des différents itinéraires vers l'accréditation exigés par les autorités pour différents individus aspirant à la pratique de la médecine nous fait constater que les diplômés ont été répartis dans deux grandes catégories distinctes, à savoir les diplômés des facultés canadiennes et américaines et les diplômés des facultés médicales hors Canada et les Etats-Unis. A travers nos analyses, des images distinctes apparaissent même si elles ne sont pas toujours décrites explicitement. Nous discuterons ces images en même temps que nous vérifierons les trois sous-hypothèse liées à la racialisation et/ou l'ethnisation des DFMHCE par les organisations chargées de mener le processus d'accréditation.

La première sous-hypothèse dit que les politiques d'immigration mises en place ces dernières années découragent l'immigration indépendante des médecins formés à l'étranger. Ces derniers sont obligés d'entrer au Canada avec un statut d'immigrant qui rend l'intégration dans le milieu professionnel très difficile. En effet, selon Dauphinee, les représentants du Ministère de la santé et le représentant de l'AFMC, il y a un changement depuis les années 80 et le début des années 90. Les chiffres de médecins qui ont immigré au Canada sans s'être identifiés comme médecins aux autorités de l'immigration canadienne ont augmenté. Les changements dans les politiques de l'immigration qui découragent l'immigration des médecins ont conduit ces derniers à se frayer un chemin d'immigration détourné qui rend l'insertion professionnelle difficile au Canada.

En effet, McDade (1988) a écrit qu'en 1985, le Federal/Provincial Advisory Committee on Health Manpower a publié sa projection du surplus des médecins pour l'an 2000. Le comité donna comme recommandations entre autres de réduire le nombre des diplômés de facultés de médecine étrangères admis au Canada. Un groupe de travail fut mis sur pied pour mettre à jour les modalités de mise en action de cette mesure. Le Joint Working Group on Graduates of Foreign Medical Schools donna ses recommandations en 1987 parmi lesquelles figurait le découragement de l'immigration des médecins quand ils sont encore dans leurs pays d'origine par l'exigence de la signature par ces derniers d'une déclaration qu'ils ne s'attendent pas à pouvoir pratiquer la médecine au Canada. La recommandation plus cruciale émise par le groupe de travail fut l'ajout d'une partie subjective au test que le Conseil médical du Canada donne aux gradués des écoles de médecine étrangères.

Quant aux places de résidence réservées aux DFMHCE, le rapport du groupe de travail recommanda que les autorités chargées de la planification de la main-d'œuvre médicale les suppriment à moins que les besoins de la population ne puissent être satisfaits par les gradués des écoles de médecine canadiennes. En plus, le rapport stipula que l'allocation d'un poste de résident devait être précédée par la complétion d'un programme de pré - résidence.³⁷ Certaines provinces ont mis cette dernière recommandation en vigueur, à savoir l'Ontario, le Manitoba et le Québec. Le rapport

³⁷ Notons qu'il y a un nombre non négligeable de médecins formés à l'étranger qui figurent sur les listes des postulants pour la licence de médecins qui sont des médecins accomplis, qui ont pratiqué la médecine pendant des années. On penserait qu'ils n'ont pas besoin d'une formation pré-résidence (équivalente à celle donnée pendant la dernière année sous-graduée). Celle-ci ne devrait pas être indiquée indistinctivement pour tous les postulants surtout que l'Examen d'évaluation du Conseil Médical du Canada que tous les DFMHCE doivent passer est là pour séparer que d'autres postulants qui en ont réellement besoin (tels que les diplômés qui n'ont jamais pratiqué la médecine) et non à tout le monde. La pré-résidence vient s'ajouter à une longue liste d'exigences déjà difficiles à satisfaire (à cause de la longueur du temps et des moyens financiers que cela demande entre autres problèmes.)

demandait également que les diplômés des écoles étrangères soient contraints à travailler dans des régions éloignées comme condition d'admission en résidence. Bien d'autres barrières ont été mises en place pour limiter l'accès à la pratique de la médecine aux DFMHCE (McDade, 1988, p. 15-16.)

Encore une fois, en 1991, le Conseil de sous-ministres de la santé a senti qu'il y avait un surplus de médecins au Canada et a commandité une commission pour étudier la façon de contrôler des effectifs médicaux au Canada. Le rapport Barer Stoddart a causé des réductions encore une fois dans les inscriptions dans les écoles médicales canadiennes et dans les effectifs des médecins formés à l'étranger licenciés au Canada et les visas alloués aux médecins qui viennent faire leur formation post-graduée au Canada ou y travailler d'une façon temporaire (Association des médecins résidents de l'Ontario).

Après ces changements dans les politiques, les médecins formés à l'étranger qui ont besoin ou envie d'immigrer au Canada sont entrés au pays pas en tant qu'immigrants indépendants grâce aux points amassés selon leur formation médicale mais plutôt, ils se sont déclarés aux autorités de l'immigration comme réfugiés ou personnes accompagnant leurs époux (es) admis (es) comme indépendants (es). Des problèmes d'intégration à l'emploi surviennent quand ces médecins, une fois installés au Canada, cherchent à retourner à leur profession. Comme l'a bien expliqué Dauphinee, le processus est plutôt difficile pour ces médecins. « ...there are two primary pathways to Canada for IMG's : permanent immigration and work permits and the two lead to very different outcomes, with serious socio-political consequences for those in the first category and for governments. » (p. 2)

Parmi les problèmes rencontrés par les médecins immigrants reçus figurent le manque d'information adéquate avant l'immigration. Par exemple, les employés des services de l'immigration à l'étranger peuvent indiquer aux requérants du visa d'immigration que le Canada connaît une pénurie en médecins mais ces employés ne disposent pas des informations adéquates à propos du chemin à suivre pour pratiquer la médecine au Canada. (le représentant de l'AFMC) Cette situation crée une désinformation involontaire. D'autres problèmes proviennent des obstacles qui jonchent le processus d'accréditation : exigences différentes et compliquées selon les provinciaux/territoires couplées à l'absence de l'accès à une information claire et cohérente sur les différents processus d'accréditation provinciaux/territoriaux, manque de soutien financier ou en matière logistique, manque d'opportunités pour l'évaluation et la formation supplémentaire, etc... (Dauphinee, le représentant de l'AFMC, les représentants du Ministère de la santé, Santé Canada (a) et (b), l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (b))

Les conséquences que les exigences ont sur le cas des demandes pour la permission d'exercer la médecine au Canada par les médecins immigrants reçus montrent qu'il existe une discrimination systémique, ce qui vérifie notre deuxième sous-hypothèse qui stipule qu'une discrimination systémique est pratiquée contre les DFMHCE à cause de la nature des exigences et les conditions dans lesquelles ces exigences doivent être respectées par les DFMHCE afin de pouvoir exercer la médecine au Canada.

Comme nous l'avons indiqué, le degré de difficultés que rencontrent les requérants d'une licence pour la pratique de la médecine au Canada ou en Ontario est

déterminé en grande partie par le lieu de leur formation médicale et dans le cas des DFMHCE non originaires du Canada, par le chemin qui les a menés au pays.

En effet, pour les diplômés des facultés de médecine canadiennes, le chemin vers la pratique de la médecine est relativement facile et simple. Les exigences sont claires et l'assistance financière et en matière de préparation aux différents examens est disponible. En plus, les postes de résidents sont réservés pour ces diplômés sans aucune concurrence extérieure. En ce qui concerne l'obligation d'exercer la médecine dans une communauté en manque de médecins pour une période donnée, les diplômés canadiens sont exemptés de signer un tel contrat à moins que, volontairement, ils souscrivent au régime spécial qui paye pour leurs études afin qu'ils aident dans des régions éloignées une fois diplômés.

Quant aux DFMHCE, c'est-à-dire les médecins formés en dehors du Canada et des Etats-Unis, ils sont répartis dans différents sous-groupes. D'abord, il y a les médecins qui sont recrutés par les gouvernements provinciaux/territoriaux. Ils arrivent au Canada avec un contrat de travail. Ils reçoivent alors une licence conditionnelle mais avec le temps, s'ils le veulent, ils arrivent à obtenir une licence non limitée et à quitter la communauté à laquelle la licence initiale les liait. Ce processus n'est pas compliqué et ce groupe de DFMHCE arrive à pratiquer la médecine au Canada sans trop de difficultés.³⁸ Ce sous-groupe de DFMHCE a été formé dans des pays spécifiques, à savoir les pays du

³⁸ Cependant, pour l'Ontario, le DFMHCE recruté de son pays n'est pas une option. (Interview avec les représentants du Ministère de la santé) Mais on ne peut pas dire la même chose des autres provinces. Des conflits diplomatiques ont été presque déclenchés par le recrutement massif de médecins de certains pays, sans parler du conflit éthique que cela représente (Interviews avec les représentants de l'AFMC et du CMC.)

Commonwealth blanc plus l'Afrique du Sud. Ces pays correspondent aux pays traditionnellement sources d'immigrants pour le Canada.³⁹

Le deuxième sous-groupe de DFMHCE est formé par les Canadiens formés dans des facultés de médecine étrangères. Il s'agit d'un groupe de jeunes gens qui sont partis faire leurs études en Irlande, Australie et d'autres pays étrangers à cause des coupures préconisées par les politiques des années 1990 dans des facultés de médecine canadiennes. Ces jeunes diplômés veulent revenir au Canada mais ils ne trouvent pas un accès facile à la formation postdoctorale au Canada. Or, sans cette formation, ils ne peuvent pas pratiquer la médecine au Canada. Ce sous-groupe de DFMHCE rencontre les mêmes problèmes que les médecins immigrants reçus mais comme l'a indiqué le représentant de l'AFMC, le cas de ces gens est différent puisque « they don't have immigration issues. »

Le troisième sous-groupe est composé de diplômés étrangers venus au Canada pour une formation postdoctorale. Ces étudiants étrangers viennent au Canada grâce aux accords entre leurs gouvernements et le Canada. Leurs gouvernements payent pour toutes les dépenses. Selon le représentant de l'AFMC, ces DFMHCE ne coûtent rien aux gouvernements provinciaux et territoriaux canadiens. Les postes que ces étudiants occupent ne sont pas parmi ceux qui sont réservés aux diplômés canadiens ou aux autres DFMHCE. Ces étudiants étrangers apportent beaucoup d'argent aux facultés de

39 Pour les listes détaillées des systèmes d'éducation médicale postdoctorale qui, selon le Collège royal de médecins et chirurgiens du Canada, sont acceptables, non acceptables ou dont l'évaluation n'a pas été concluante, visiter http://crmcc.medical.org/residency/certification/img_f.php

médecine.⁴⁰ Cependant, on ne peut s'empêcher de se demander comment l'évaluation de ces candidats étrangers est facile à faire mais leurs pairs qui ont immigré au Canada se font répondre qu'on ne connaît pas leur système d'éducation, que donc évaluer leurs diplômes est difficile. Est-ce qu'il n'y a pas de manque de volonté d'aider les médecins immigrants qui essaient de se faire accréditer? La réponse donnée par le représentant de l'AFMC est qu'il n'y a pas assez d'argent pour s'occuper de l'évaluation et qu'il n'y a pas beaucoup de médecins qui veulent accepter une telle responsabilité et les conséquences que cela peut apporter.

Le dernier sous-groupe de DFMHCE est composé de médecins formés à l'étranger qui sont immigrants reçus au Canada. A travers les analyses, nous voyons la perception que les organisations professionnelles impliquées dans le système d'accréditation ont de ces diplômés. Ces médecins arrivent au Canada sans une offre d'emploi. Avant l'immigration, ils ne déclarent pas leur intention de pratiquer la médecine au Canada. Ils arrivent au Canada comme réfugiés ou accompagnant leurs époux (ses), immigrants (es) indépendants (es). (Représentants du ministère de la santé, Dauphinee, Ordre des Médecins et chirurgiens de l'Ontario (b)).

Les DFMHCE dans la troisième sous-catégorie sont en général originaires des pays autres que ceux qui, historiquement, ont été source d'immigrants pour le Canada. Et les diplômes de ces médecins ont été octroyés par des facultés de médecine dans des pays autres ceux qui sont historiquement liés au Canada par l'immigration. En général, seuls les DFMHCE formés dans des pays du Commonwealth blanc et l'Afrique du Sud ont

⁴⁰ Ajoutons que ces étudiants étrangers figurent dans les statistiques officielles sur les effectifs de DFMHCE formés au Canada. Cela peut donner l'impression que beaucoup de DFMHCE immigrants reçus arrivent à passer à travers le processus d'accréditation alors que ce n'est pas le cas.

accès au programme de recrutement. Ils n'ont pas besoin de passer par des voies détournées pour pratiquer la médecine au Canada s'ils veulent ou doivent immigrer dans notre pays. Cependant, les textes analysés ne disent rien à propos d'une discrimination basée sur la race et l'ethnie que subiraient les médecins immigrants reçus. Et quand la question a été soulevée en interview, il a été dit que ce n'est ni l'origine ni le pays de formation du médecin qui est évalué (interview avec les représentants du Ministère de la santé).

Cependant, selon les données compilées par l'Association of Physicians and Surgeons of Ontario, le Pakistan, l'Inde et l'Iran constitue l'ensemble des pays de formation de plus de 36% de tous les requérants de licence pour la pratique de la médecine en Ontario. Si on ajoute la Roumanie, la Chine, le Bangladesh, la Colombie et l'Afghanistan, on a plus de 60% des effectifs des DFMHCE en Ontario. Ces pays de formation coïncident plus ou moins aux pays d'origine de ces DFMHCE. Si on examine de près la population de ces pays, on se rend compte qu'elle est racialement et/ou ethniquement différente du Canadien de souche. Donc, on peut se demander si, même si la race et l'ethnie n'est pas visée par les règlements, les conséquences de ces règlements (de l'immigration d'abord, de la planification des ressources humaines ensuite et du processus d'accréditation afin) n'aboutissent pas à une discrimination.

Pour vérifier la troisième sous-hypothèse qui porte sur les exigences et les conditions dans lesquelles les DFMHCE cherchent à atteindre l'accréditation, nous avons regardé de près les exigences mises en place pour l'accréditation. A travers les exigences (des programmes *Ontario International Graduates Clearinghouse*, les programmes

d'accréditation dans le passé, les examens du CMC et autres), nous voyons où résident en partie les difficultés que rencontrent les DFMHCE.

Pour le moment, il y a beaucoup de changements dans les exigences pour l'accréditation aussi bien au niveau national qu'en Ontario. Cependant, Dans le passé, l'Ontario avait deux voies vers l'accréditation : le *Ontario international graduate program* et le *Assessment program for international medical graduates*. Récemment l'*Ontario International Medical Graduates Clearinghouse* est venu remplacer les deux programmes en y incorporant bien d'autres.

Le *Ontario international graduate program* était l'un des programmes qui menait vers l'accréditation comme nous l'avons vu avec la vérification de la première hypothèse. Le ministère de la santé de la province réserve 50 places dans les facultés de médecine aujourd'hui. Au début, il y avait seulement 24 places. Ce programme était le seul disponible pour les DFMHCE après les décisions prises dans le cadre de la planification de la main d'œuvre médicale au début des années 1990. Ce programme était une pré-résidence pour tous les DFHMCE qui arrivaient à passer vainqueurs à travers une compétition rigoureuse. Le nombre de places disponibles a été revu à la hausse deux fois, d'abord à 36 et à 50 plus tard. Les exigences du programme sont entre autres:

1. Avoir un diplôme d'une faculté de médecine reconnue (répertoriée par l'Organisation mondiale de la santé)
2. Le passage avec succès du test d'évaluation du Conseil médical du Canada (\$ 800 : droits d'inscription à l'examen et \$ 200 : frais d'application non remboursables)
3. Le passage avec succès du « TOEFL » et du « TSE. » (\$100 US et \$50 US)

4. Avoir la citoyenneté canadienne ou le statut de résident canadien
5. Preuve de résidence d'au moins 12 mois en Ontario
6. Diplôme signé par un notaire
7. Bulletins académiques signés par un notaire (et traduits en anglais si initialement livrés dans une autre langue)
8. 3 références (de préférence de médecins)

Le programme avait une durée de 36 à 48 semaines de pré-résidence suivie d'un programme complet de résidence en médecine familiale ou une spécialisation où il y a une pénurie de médecins.

Le deuxième programme disponible aux DFMHCE qui voulait pratiquer la médecine en Ontario est *l'Assessment program for international medical graduates*. Ce programme était institué pour produire des médecins rapidement. Il a été créé quand le manque de médecins a commencé à se faire sentir. Les exigences étaient :

1. Avoir un diplôme d'une faculté de médecine reconnue (répertoriée par l'Organisation mondiale de la santé)
2. Inscription au Test d'évaluation du CMC
3. Avoir pratiqué la médecine pour au moins 12 mois pendant les trois derniers mois.
4. Avoir une spécialité médicale reconnue
5. Le passage avec succès du « TOEFL » et du « TSE ».
6. 3 références de préférence de médecins
7. CV

8. Passer avec succès le MCCEE, le MCCQE1 et MCCQE2 avant la fin de la formation
9. Accepter de travailler pendant 5 ans dans des régions mal desservies

Le troisième programme est *l'Ontario International Medical Graduates Clearinghouse*. Il s'agit plutôt d'un centre qui chapeaute les programmes existant et en introduit d'autres. Le centre a été créé en novembre 2003 afin de canaliser tous les efforts d'évaluation, formation supplémentaire et accréditation. Tout y est encore en phase transitoire. Le but des nouveaux programmes qui sont offerts est la production de médecins rapidement et en grand nombre par rapport au passé. Les nouveaux programmes sont : le Specialist Assessment Program : durée de 6 mois et l'Advanced level Postgraduate Training Program.

La catégorie d'analyse portant sur les exigences d'accréditation nous a aidé à analyser les textes du corpus pour comprendre la nature de ces exigences pour l'accréditation et leurs modifications dans le temps. Ceci concerne surtout les DFMHCE. Nous ne parlerons pas des exigences auxquelles font face les diplômés des facultés canadiennes ou américaines. Nos résultats montrent que la situation des exigences s'inscrit dans la même logique des politiques basées non pas sur une volonté véritable d'évaluer, former et accréditer efficacement et équitablement les candidats mais plutôt de contrôler les entrées au marché du travail.

Les institutions professionnelles chargées du processus d'accréditation maintiennent un contrôle étroit sur qui, parmi les DFMHCE entre sur le milieu du travail et quand. Les exigences sont rendues flexibles quand la porte du marché du travail est voulue ouverte pour différentes raisons. Comme nous avons vu avec l'histoire des programmes

d'évaluation et de formation pour les DFMHCE en Ontario, les changements reflètent la réalité politique, économique et sociale. (Ontario International Medical Graduates Clearinghouse, Dauphinee et interview avec le représentant de l'AFMC.) Le rapport du Groupe de travail formé en 2002 par le conseil des sous ministres de santé pour faciliter l'intégration des DFMHCE au marché du travail canadien a résumé les doléances que, pendant des années, les DFMHCE et des associations civiques, les chercheurs et autres institutions ont formulées à l'endroit du processus d'accréditation. (Maytree Foundation, AIPSO, etc...) Le Groupe de travail a pu amener autour de la même table tous les tenants de la question de l'intégration des DFMHCE. Les institutions gouvernementales ont accepté de fournir l'argent nécessaire pour la mise en application de la plupart des recommandations. (Santé Canada, 2004a et b, interview avec les représentants du ministère de la santé ontarien.) Un tel phénomène n'aurait pas eu lieu, il y a 13 ans, par exemple, quand une perception d'un surplus de médecins au Canada se faisait sentir.

En examinant la gestion de la force du travail que représentent les médecins disponibles au marché du travail, un consensus se dégage de tous les textes analysés : actuellement il y a une pénurie de médecins et des efforts coordonnés de planification des ressources humaines à long terme doivent être consentis pour trouver des solutions. Cependant, il n'y a pas de consensus quant à la gravité de la question et de la bonne définition du problème. Par exemple, pour le ministère de la santé provincial, le problème est clair : certaines communautés (éloignées surtout) manquent des médecins de famille et dans le reste de la province, le manque de certains spécialistes est évident. Le ministère reconnaît l'existence des problèmes et travaille fort pour trouver des solutions.(programmes de bonification pour motiver des médecins à exercer dans des

régions en manque de médecins, formation et accréditation rapide des DFMHCE qui sont liés par contrat à aller travailler dans ces communautés en manque de médecins, programmes de soutien aux autorités médicales et des médecins dans des régions en manque,...)

Cependant, le représentant de l'AFMC pense que certaines doléances ont plutôt un cachet politique en ce qui concerne la mauvaise répartition des médecins, par exemple. Le problème n'est pas tel qu'on voudrait le faire croire, selon son opinion. L'opinion du représentant du CMC est que le problème de pénurie est grave, en termes numériques absolus. Il ajoute à cela qu'il y a un problème causé par le « décompte des diplômés » plutôt que celui des médecins pratiquant et leur type de pratique (les récentes cohortes de diplômés en médecine semblent ne pas vouloir travailler les mêmes longues heures et faire tout ce que leur spécialité demande comme le faisaient leurs pairs des cohortes plus anciennes. Ainsi, les gynécologues/obstétriciens peuvent être là mais travaillent en cabinet privé sans accepter d'assurer les urgences à l'hôpital par exemple.)

Pour assurer un bassin suffisant et assez varié de médecins pour la population, des solutions préconisées varient. Selon le ministère de la santé ontarien, les nouveaux programmes d'accréditation des médecins diplômés dans des juridictions autres qu'Ontario constitue l'une des solutions. Quant au ministère de la santé fédéral, des fonds octroyés dans le cadre des programmes de recrutement des travailleurs qualifiés pour des professions cibles est l'une des solutions. Les solutions envisagées par différentes provinces/territoires, aujourd'hui et dans le passé, selon le représentant de l'AFMC, incluent la recherche de l'autosuffisance (il s'agit cependant d'une solution à long terme car passer à travers la formation médicale prend entre 6 à 9 ans), suivie de la solution à

moyen terme où il faut établir plus de postes de résidence afin que les DFMHCE soient licenciés dans seulement 2 ans. La solution à court terme est celle qui va directement à l'accréditation du DFMHCE après une courte période d'évaluation.

Dans cette partie des analyses, nous avons trouvé également l'importance de la question des fonds. La médecine étant une entière responsabilité financière des gouvernements, un certain malaise se fait sentir entre les partenaires gouvernementaux de différents échelons quant à la source de fonds, dans quel projet il faut investir ces derniers, etc.... Le représentant de l'AFMC résume bien la situation actuelle :

...there are the principles of Canada Health Act ...which are pretty general, portability, accesssibility, public accountability,...they are very general. The federal government says if you are not...in compliance with the Canada Health Act, we won't give the transfer payments. But the transfer payments are down to so little money...So the federal role when it used to be 50% of health care... was funded by feds, they had some clout.

En peu de mots, notre deuxième hypothèse et ses sous-hypothèses a été confirmée. Cependant, comme c'était le cas avec la première hypothèse, des nuances ont été observées. En effet, le DFMHCE immigrant reçu subit la discrimination dans le processus d'accréditation. Cette discrimination est basée sur la race et l'ethnie comme dit notre hypothèse mais ce que nous montrent nos analyses c'est que le statut d'immigrant et l'itinéraire d'immigration suivi déterminent en grande partie le processus d'accréditation qu'un DFMHCE suivra et dans quelles conditions. Une discrimination systémique se lit à travers ce processus et ses conditions.

5.3. La discussion générale des résultats de l'analyse thématique

En effectuant l'analyse de contenu, nous cherchions à répondre à la question : « quelles sont les explications à donner aux difficultés que rencontrent les médecins immigrants dans le processus d'accréditation en Ontario ? » Est-ce que l'analyse a su répondre à cette question? Nos hypothèses guidées par la revue de la littérature théorique

et empirique et notre approche théorique du sujet de recherche ont-elles été confirmées ou non? Dans cette section, nous essayerons de répondre à ces questions.

Nous commençons par la première question.

Oui, l'analyse thématique effectuée a su répondre à la question de recherche. Et elle a certainement su en soulever d'autres. Nous reviendrons là-dessus plus loin. Les barrières auxquelles viennent se heurter les DFMHCE candidats à l'accréditation ont été relevées. Il faut mentionner la richesse des informations sorties des textes analysés. Il serait impossible de les étaler toutes ici. Nous essayerons d'en donner les grandes lignes. La réponse à la question de recherche est en premier lieu que le protectionnisme pratiqué par les organisations professionnelles construit un marché fermé. La deuxième partie de notre réponse à la question de recherche que les DFMHCE subissent une discrimination basée sur la race et l'ethnie dans le processus d'accréditation. Des pratiques discriminatoires systémiques, qui sont du ressort aussi bien du protectionniste que du racisme et de l'ethnisme ont été observées dans les analyses. Regardons cela en détails.

Les structures juridiques dans lesquelles fonctionnent les professions les dotent d'un pouvoir sur la sphère professionnel qui leur laisse une assez grande latitude pour y servir leurs intérêts. La discrimination basée sur la race/ethnie que pratiquent les organisations professionnelles dans la sélection des candidats qui peuvent entrer au marché du travail se fait avec la « bénédiction de l'Etat. » Par exemple, le problème des barrières a été posé pendant des années mais l'Etat n'est pas intervenu ou assez intervenu. Le pouvoir discrétionnaire tenu par les organisations professionnelles sur la formation et l'évaluation des diplômés médicaux n'allait pas être touché.

Une chose doit être claire ici en ce qui concerne la pratique de la médecine et le système de santé au Canada. La santé est une affaire publique, les gouvernements provinciaux en ont la responsabilité et le gouvernement fédéral a une part à jouer également. Il s'agit d'une part apparemment non essentielle mais bel et bien grande (du moins aussi longtemps que le gouvernement fédéral y investira assez de fonds pour avoir une voix en la matière.) Les gouvernements gardent donc un pouvoir transcendant celui des organisations des médecins. C'est seulement à l'intérieur des processus livrés au pouvoir des organisations professionnelles que la discrimination a lieu. En termes plus concrets, les gouvernements provinciaux et territoriaux pourvoient l'argent pour les inscriptions dans des facultés de médecine et pour les postes de résidents en formation post-doctorale.

Dans le cas des DFMHCE, ces gouvernements payent pour toute l'évaluation également. Ajoutons qu'en fin de compte, c'est le gouvernement qui est l'employeur des diplômés accrédités, notre système de santé dépendant entièrement des fonds publics. Donc, en d'autres mots, les gouvernements provinciaux et territoriaux contrôlent le nombre d'individus formés. Ce nombre est par conséquent celui des nouveaux médecins à qui les gouvernements doivent verser des honoraires. Le mandat juridique des organisations professionnelles n'entre pas dans ces décisions. N'oublions cependant pas qu'il y a une influence non négligeable que les médecins (du moins une élite d'entre eux) ont sur les décisions des gouvernements. Ils participent dans des différents comités chargés d'étudier et trancher sur des questions de gestion de santé en général et de ressources humaines en santé en particulier. Ces élites ont un pouvoir décisionnaire renforcé par le fait qu'elle se meut parmi différents organismes et comités en tant

qu'experts. Ceci est un autre sujet de recherche mais ajoutons que Weber a dit que le pouvoir décisionnaire se mesure par la portée des conséquences de la décision prise.⁴¹

Nos analyses ont donné lieu à la constatation que les points de vue sont contradictoires en ce qui concerne le pouvoir des organisations de médecins. Nous avons vu d'un côté, que les organisations professionnelles se lamentent qu'elles ne sont pas consultées assez. Mais de l'autre côté, des intervenants dans la question d'accréditation sont contre l'idée qu'une organisation défendant les intérêts de ses membres (les travailleurs) puisse siéger dans des comités chargés de la planification des ressources humaines. Ils pensent qu'il y a lieu de parler d'un conflit d'intérêts.

Les organisations professionnelles chargées de la formation, évaluation et accréditation des DFMHCE mettent donc des barrières en place pour les individus ou groupes d'individus qu'elles ne veulent pas dans la pratique médicale. Nous avons vu que les exigences en place mettent dans une position désavantageuse les DFMHCE immigrants. Comparés aux autres groupes de candidats à l'accréditation (diplômés des facultés canadiennes et américaines, les « étudiants à visa »), ces premiers semblent avoir plus de difficultés, celles-ci étant incorporées dans le système même.

Une autre illustration de la relation Etat/organisations professionnelles dans le processus d'accréditation est le fait qu'une pression des gouvernements sur les professions pour résoudre des problèmes tels que la pénurie finit dans une flexibilisation des exigences. Le gouvernement n'a donc pas les mains liées devant les actes protectionnistes des médecins. Mais la logique derrière la discrimination reste là. C'est plutôt la limitation du pouvoir concédé aux organisations professionnelles et les fonds

41 Voir Raymond Murphy, 1988, p. 23

octroyés qui font que les discriminées d'hier deviennent les acceptées d'aujourd'hui. Ceci reste un grave problème dans les programmes d'intégration des immigrants car la dynamique des changements est cachée derrière une rhétorique idéologique et une façade d'équité et de justice.

Comme l'a dit l'un des intervenants du milieu civique sur la question de l'accréditation des DFMHCE immigrants : c'est un pas positif qu'il y ait de bonnes initiatives prises par le gouvernement fédéral et celui de l'Ontario en matière d'aide pour l'accréditation des DFMHCE, mais qu'est-ce qui arrivera après la pénurie? Y aura-t-il toujours cette bonne volonté d'intégrer ces immigrants dans la vie économique du pays ou une marche arrière sera amorcée pour retourner à la situation problématique héritière des décisions du début des années 90?

La deuxième question que nous nous sommes posée à propos des résultats d'analyse concerne la vérification des hypothèses posées. En résumé, nos hypothèses ont été confirmées. Il existe bel et bien une discrimination basée sur la race et l'ethnie dans le traitement des candidats à l'accréditation qui sont des immigrants. Des caractéristiques particulières semblent avoir été données à ces candidats comme des marques et elles ne fonctionnent pas à leur avantage. Notons que la race, l'ethnie ou la nationalité ne sont mentionnées nulle part dans les textes analysés. Et même une question posée explicitement sur la part que ces attributs jouent, la réponse est que l'évaluation des dossiers des candidats est celle des compétences et les exigences pour l'accréditation sont dictées par les programmes suivis.

Cependant l'absence des thèmes de race, ethnie et nationalité dans les textes ne nous empêche ou plutôt nous aide à formuler une idée sur la situation d'accréditation par

rapport à la race, l'ethnie et la nationalité. La réponse de ce représentant du ministère de la santé ontarien émane du discours idéologique basé sur la méritocratie. Il est clair, à première vue que les exigences pour l'exercice de la médecine en Ontario sont objectives et s'appliquent à tout le monde mais nous savons que des conséquences des politiques objectives et universelles peuvent s'avérer négatives sur un groupe d'individus tandis que pour un autre, elles sont neutres ou positives. Il s'agit d'un racisme systémique dans le cas des médecins immigrants.

Le protectionnisme existe bel et bien dans le fonctionnement de la profession médicale. La fermeture du marché des médecins est pratiquée. L'idéologie légimatrice est présente bien sûr. Nous avons l'exemple de la pénurie actuelle pour illustrer une fermeture de marché puisque les besoins de la population ne semblent pas être le souci principal des médecins. Leur souci principal semble être plutôt le maintien de leur chasse gardée. Ils sont pour l'ouverture du marché quand il y a plus de travail qu'ils ne peuvent assumer. D'où la réclamation de nouveaux médecins aujourd'hui par les médecins et leurs organisations professionnelles.

En bref, les résultats des analyses répondent à la question de recherche. Et ils vérifient bien en grande partie les hypothèses posées. La nuance à y apporter est le fait que les groupes professionnels ont un pouvoir limité et qu'ils pratiquent la discrimination à base de race, ethnie et classe à l'intérieur des barrières que les gouvernements ont mises en place. Nous avons constaté donc que les gouvernements ont un pouvoir important qui transcende celui des groupes professionnels. Une autre nuance qui s'est immiscé dans la vérification des hypothèses est la part de l'immigration dans le traitement que subissent les DFMHCE immigrants reçus. Le fait d'être immigrant et d'être un immigrant arrivé au

pays sans une offre d'emploi rend le processus d'accréditation quasi impossible pour beaucoup de DFMHCE. Les politiques d'immigration établies dans les années 1980 et 1990 ont donné lieu à une nouvelle cohorte de diplômés médicaux formés à l'étranger. Ces diplômés proviennent des pays racialement et ethniquement différents du Canada. Et ils se retrouvent dans un « *no man's land* » en Ontario quand ils essaient d'obtenir l'accréditation dans la province. Les gouvernements ne sont pas prêts à investir dans leur processus d'évaluation, de formation quand nécessaire et d'accréditation. Les organisations professionnelles chargées du processus d'accréditation ont des politiques et pratiques discriminatoires contre eux. Les choses changent seulement quand une pénurie de médecins se fait sentir.

En termes de discrimination basée sur la classe, notons l'absence dans les textes analysés d'éléments qui auraient mené à voir les caractéristiques de prestige et de statut social spécial qui sont théoriquement rattachées à la profession de médecin (Freidson, 1986 et 2001; Evetts, 2003; Sarfatti Larson, 1988 et Dubar et Tripier, 1998). Nous pensons que la raison pour laquelle des thèmes qui auraient mené à ce constat manquaient dans les textes analysés est le fait que le prestige et le statut social relèvent d'une réalité de la profession qui n'est jamais explicitement mentionnée, du moins dans les écrits ou propos officiels. En effet quand les professionnels cherchent à légitimer leur position privilégiée et leurs politiques de sélection des personnes dignes d'exercer la médecine, c'est-à-dire les individus qui sont dignes de faire partie du « club social de médecins », ils ne diront pas qu'en tant que médecins, ils occupent une position privilégiée dans la hiérarchisation des disciplines professionnelles (médicales entre elles ou entre la

médecine et d'autres professions). Ils ne parleront pas de la symbolique culturelle de la médecine et des médecins et le lien entre le pouvoir et le savoir des médecins.

En une phrase, les résultats se résument comme suit : les difficultés auxquelles les médecins immigrants reçus sont confrontés dérivent des politiques et pratiques des organisations professionnelles chargées du processus d'accréditation. Ces politiques et pratiques sont protectionnistes et exclusivistes et en plus elles discriminent contre le groupe de candidats ci-haut cités à cause de leur race et ethnie. C'est le statut d'immigrant reçu de ces DFMHCE qui les mène vers la discrimination. Les barrières sont enlevées quelque fois quand la situation de la main-d'œuvre l'exige mais en général la logique de discrimination contre les DFMHCE dans le processus d'accréditation reste imprégnée dans les structures du système. Plus les choses changent, plus elles restent similaires, comme on dit.

CONCLUSION GÉNÉRALE ET NOUVELLES PISTES DE RECHERCHE

En guise de conclusion de cette recherche, nous jugeons qu'il sied bien de revoir brièvement son déroulement. Cela aidera à expliquer comment nous sommes arrivées là où nous avons abouti. Partie à la chasse d'un sujet de thèse, seul le mot-clé « immigration » constituait notre arme. Néanmoins, cette arme s'est avérée très puissante. Elle nous a aidées à attraper du gibier abondant et varié. Nous avons dû limiter ce qu'il fallait rentrer avec. Le gibier avec lequel nous sommes parties est l'intégration des immigrants dans la société canadienne. Le même jeu de chasse et de choix de gibier à garder nous a menée jusqu'à l'accréditation des immigrants médecins. Notre propos ici

concerne le fait, dans le long processus de recherche et de rédaction de la thèse, qu'il ne fallait pas perdre de vue l'objet principal de notre recherche qui est la compréhension des mécanismes d'intégration socio-économique des immigrants dans la société canadienne.

L'immigration constitue historiquement une immense réalité politique, sociale et économique au Canada et, bien sûr, l'intégration des immigrants n'échappe pas à cette réalité. Comme l'ont démontré beaucoup de chercheurs, les contextes historiques, sociaux, politiques, idéologiques et économiques constituent les déterminants des modalités d'immigration et d'insertion dans la société (voir la discussion de l'historique des politiques de l'immigration.)

En termes plus concrets, nous avons vu que les approches politiques en la matière d'immigration ont été diverses au cours des années mais une certaine logique a toujours pu subsister. Il s'agit de la primauté des intérêts matériels des Canadiens. Ces derniers se retrouvent en collectivités variées selon les contextes (ex: employeurs, corporations, groupes professionnels, syndicats, travailleurs salariés, gouvernements, etc.) Une nuance est à apporter ici : l'idéologie et les institutions en place tempèrent ou durcissent l'influence de la logique des intérêts matériels dans les décisions concernant l'immigration et l'intégration des immigrants.

Les politiques d'immigration ont connu des changements qui ont abouti, entre autres, à la libéralisation du processus de sélection des immigrants. Les critères racistes ont été abandonnés. Le modèle actuel de sélection des immigrants, surtout les immigrants "indépendants" est le capital humain. Le Canada se dote d'immigrants hautement éduqués afin de s'assurer une main-d'œuvre flexible et efficace qui peut aider le pays à participer activement dans la nouvelle économie mondiale très compétitive. Cependant la

logique régissant l'immigration actuellement ne semble pas s'appliquer dans le domaine de l'intégration des immigrants. Le racisme a été évacué des politiques d'immigration mais il reste rampant (explicite) dans les modalités d'intégration offertes aux immigrants. Notre recherche porte sur le processus d'accréditation des médecins immigrants car la médecine est un des domaines où il est très difficile de s'intégrer.

Nos analyses ont démontré beaucoup d'anomalies entre les politiques d'immigration et celles d'intégration. Un racisme systémique existe qui empêche l'intégration des immigrants médecins. L'immigration est régie par le gouvernement fédéral (en consultation avec les provinces/territoires surtout celles/ceux qui ont signé des accords avec le fédéral en matière d'immigration.) L'intégration des immigrants appartient au domaine provincial/territorial. Dans le cas des immigrants ayant des compétences dans un domaine professionnel auto-réglementé, les groupes professionnels ont beaucoup à dire sur leur intégration en milieu du travail. Nous savons que les provinces ont donné aux professions auto-réglementées la responsabilité de former, d'évaluer et d'accréditer des futurs professionnels. La médecine est l'une de ces professions. Et les politiques en matière d'intégration des immigrants médecins sont jonchées de barrières émanant de la discrimination. Ainsi, le vœu pieux du gouvernement fédéral d'utiliser l'immigration pour acquérir une main-d'œuvre qualifiée dans des domaines où on en a besoin reste non exaucé. Les actes discriminatoires des organisations professionnelles se font sous un voile idéologique qui cache des pratiques protectionnistes. Comme nous l'avons vu, les organisations professionnelles de médecins sont protégées juridiquement par les accords qu'elles ont eus avec les gouvernements.

Elles s'adonnent à des actes discriminatoires à l'intérieur de la sphère autonome qu'elles ont reçu le droit de contrôler.

Notons que l'analyse thématique faite sur le contenu des messages émis par les organisations professionnelles impliquées dans le processus d'accréditation met à jour un malaise qui s'installe chez les professionnels. L'origine de ce malaise qui concerne une perte ressentie de son caractère professionnel (autonomie, réglementation de sa propre sphère de travail, place privilégiée dans la hiérarchie des professions et occupations, etc.) a été soulevée dans la théorisation par Julia Evetts de la profession et du professionnalisme. Cette auteure avance l'idée que les gouvernements, en prise avec des problèmes budgétaires, empiètent sur les droits des professions du domaine social. Les membres de ces professions se sentent, par conséquent, traités comme de simples salariés. Freidson aussi soulève cette nuance quand il effectue une comparaison des formes d'organisation du travail (bureaucratie, professionnalisme et marché libre.) Pour lui, les médecins sentent une pression qui les pousse vers la bureaucratisation.

Nous clôturerons cette discussion générale des résultats de nos analyses par le retour au thème d'immigration par lequel nous avons débuté la recherche. Dans notre opinion, l'intégration des immigrants dans la société canadienne est une des mesures de la réussite des programmes officiels d'immigration. D'après les résultats de nos analyses, comment évaluer le degré de réussite de l'immigration au Canada ? La contribution à la vie économique étant l'un des objectifs de l'immigration, dans quelle mesure est-elle atteinte ? Nous ne disposons pas de données empiriques systématiquement récoltées pour tous les immigrants de cohortes récentes mais, pour le cas des médecins immigrants, nos

résultats brossent un tableau qui est loin d'être rose. L'insertion des immigrants concernés est très difficile.

Elle semble guidée par des politiques qui ne savent voir le potentiel dans tout immigrant admis. Une hiérarchisation des immigrants se fait et ils sont traités selon ces barèmes. Un gaspillage des compétences de certains groupes d'immigrants est flagrant. Ceci est néfaste pour l'économie canadienne alors que le processus devait lui apporter une bonne contribution positive que les décideurs en matière d'immigration ont en tête quand ils mettent au point les objectifs de l'immigration. Du point de vue de l'immigrant, ceci est néfaste aux niveaux psychologique et social. Au niveau psychologique, il est très mauvais de se voir refuser des opportunités dans la vie sans raison valable, surtout quand il s'agit d'une opportunité aussi cruciale que tenir un emploi. Il devient plus grave quand il s'agit d'un emploi pour lequel on est qualifié ou en manque d'une courte formation supplémentaire pour l'être. Des problèmes sociaux surgissent souvent de ce malaise. Des relations familiales peuvent être affectées et la désintégration des familles s'ensuit.

L'autre problème possible est la tension entre les communautés minoritaires ethniques et raciales et le reste de la société. N'oublions pas l'effet de cette tension sur les enfants des familles immigrantes et des communautés ethniques et raciales en général. Le niveau élevé de pauvreté, de criminalité, de violence et d'autres problèmes sociaux que l'on trouve dans les communautés minoritaires ne peut-il pas être imputé en partie à l'échec de l'intégration des immigrants ? L'argent et les autres ressources investies dans les programmes d'immigration et d'intégration d'immigrants ne sont-ils pas gaspillés si le système global d'intégration à la société canadienne reste jonché d'obstacles ? Et les

droits humains de ces nouveaux canadiens ne sont-ils pas bafoués s'ils sont traités en citoyens de deuxième classe ?

Cependant avant de clôturer cette thèse, nous devons dire que pour les immigrants médecins reçus, il y a une lueur d'espoir. Des bonnes initiatives ont été prises ces dernières années par différents tenants de la question de l'accréditation des médecins. Les gouvernements, à différents échelons, investissent temps et ressources à l'intégration des DFMHCE et à l'enrayement du problème de pénurie de médecins. Les organisations professionnelles participent avec bonne volonté à la recherche des solutions aux problèmes que rencontrent les DFMHCE. Il s'agit d'un pas important dans l'effacement des barrières inutiles qui jonchent le processus d'accréditation. Même les DFMHCE qui ne seront jamais admis comme médecins au Canada pour différentes raisons ont l'espoir d'entrer dans un autre domaine médical où ils seront utiles.

Au cours de notre recherche, nous avons rencontré des questions pour lesquelles nous n'avons pas pu trouver des réponses ou nous n'avons pas cherché à étudier plus en profondeur parce qu'elles dépassent le cadre de notre recherche. Par exemple, en analysant ce que les textes du corpus disent de la perception d'un DFMHCE, nous avons vu qu'il y a une catégorie à part qui a des caractéristiques particulières mais qui se retrouvent dans le même panier que les médecins immigrants. Il s'agit des canadiens partis faire des études médicales à l'étranger surtout au moment où de grandes coupures se faisaient dans les facultés canadiennes. Il faudrait une étude sociologique pour voir le processus d'accréditation de ces individus. Ils ne sont pas différents au niveau culturel, national et en général racial et ethnique de la majorité des canadiens. Comment les

organisations chargées de leur accréditation les voient et les traitent-ils? En quelle proportion arrivent-ils à accéder à l'exercice de la médecine?

L'avenir des professions dans un contexte d'organisation du travail changeant est l'autre sujet de réflexion auquel nous voudrions voir un suivi. Comment les nouvelles relations entre l'Etat et les organisations professionnelles se définiront-elles dans le contexte économique actuel et à venir? Quelle direction prendront les changements? Quel seront les mécanismes de défense des professions? Quelles seront les modalités d'intégration en milieu du travail auto-régulé à ce moment-là?

Notre dernier questionnaire porte sur l'avenir aussi. Nous avons une situation optimiste en Ontario pour le moment; des places pour la formation médicale ont été augmentées (aussi bien au niveau sous-gradué que post-gradué). Ces initiatives couvrent le cas des DFMHCE aussi. Mais comme nous savons que les politiques de l'Etat sont créées selon les circonstances du moment et que, par conséquent, les changements actuels visant à rendre l'accès à l'exercice de la médecine plus facile ne signifient pas la fin de la pratique de fermeture des marchés du travail mais plutôt une solution conjoncturelle, que sera, dans l'avenir, le processus d'accréditation des médecins immigrants?

BIBLIOGRAPHIE

Access to Professions and Trades Unit du Ministère de la Formation, des Collèges et

Universités de l'Ontario, Making a Change Together, A Resource Handbook for Promoting Access to Professions and Trades for Foreign-trained People in Ontario, Queen's Printer for Ontario, Ontario, 2001

Acker, Joan, "Revisiting Class : Thinking from Gender, Race, and Organizations", Social Politics, 2002, 7, 2:192-214

Alberta International Medical Graduates Association, "The Alberta blue Print.

Addressing Alberta's Physicians Shortage: Integration of International Medical Graduates into Alberta's Health Care System", Forum on Equal Access to Medical Licensure for International Trained Physicians, Calgary, August 28, 2002

Alboim, Naomi and The Maytree Foundation, Fulfilling the Promise: Integrating Immigrant Skills into the Canadian Economy, Toronto, Ontario, 2002

Arat-Koc, Sedef, (1999) "Gender and Race in "Non-discriminatory" Immigration Policies in Canada. 1960s to the Present", in Dua, Enakshi and Angela Robertson, Scratching the Surface. Canadian Anti-Racist Feminist Thought, Toronto, Women's Press, pp.207-233

Association des médecins résidents de l'Ontario (PAIRO), Finding the Facts,

<http://www.pairo.org/mckendry/chapter02.html>, site visité le 17 avril 2003

Association médicale canadienne, « Réduction de l'effectif scolaire en 1992 : les

médecins s'en ressentent maintenant », Actualités AMC 1999, 9(5): 5,

http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/cdn_medical_association/cmanews-f/vol-9/issue-5/005afig1.htm, site visité le 20 octobre 2003

Association of International Physicians and Surgeons of Ontario (AIPSO), Integrating Canada's Internationally-Trained Physicians: Towards a Coherent, Equitable and Effective National System, Submission to the Romanow Commission, May 2002
<http://www.aipso.ca/>, 03 décembre 2002

Association of International Physicians and Surgeons of Ontario (AIPSO), Weighing the Balance, Submission to the Review of the Regulated Health Professions Act of Ontario, 30 Décembre 1999 <http://www.aipso.ca/>

Association of International Physicians & Surgeons of Ontario (AIPSO) and Ontario Network for Access to Professions and Trades (ONAPT), Brief to the Standing Committee on Citizenship and Immigration Regarding Bill C-31, Immigration and Refugee Protection Act, 18 August 2000 <http://www.aipso.ca/>

Avery, Donald H., Reluctant Host: Canada's Response to Immigrant Workers, 1896-1994, McClelland et Stewart, Toronto, 1995.

Bardin, Laurence, L'analyse de contenu, PUF, Paris, 1989

Basran, Gurcharn S. et Li Zong, Devaluation of Foreign Credentials as Perceived by Non-white Professional Immigrants, Prairie Centre Regional Workshop, Regina, Saskatchewan, 29-31 Octobre, 1998

Berelson, Bernard, Content Analysis in Communication Research, Free Press, New York, 1952.

Boyle, Theresa, "Ontario opening doors to 150 foreign-trained doctors. Could be on the job within year", The Toronto Star, 29 Octobre 2002

Berelson, B., Content Analysis in Communication Research, Ill. University Press, New York, 1952

Breton, Raymond, « Le multiculturalisme et le développement national au Canada », in Alan CAIRNS et Cynthia WILLIAMS (sous la dir. de), Les Dimensions politiques du sexe, de l'ethnie et de la langue au Canada, Ottawa, 1986, p. 31-75.

Brouwer, Andrew, the Maytree Foundation, Immigrants Need Not Apply, Toronto, Ontario, Octobre 1999

Canadian Resident Matching Services (programme de jumelage des résidents du Canada), About Us, <http://www.carms.ca/jsp/main.jsp?path=../content/about>

Castagnan, Maria et George J. Sefa Dei, « An historical overview of the application of the race concept in social practice », in Calliste, Agnes and George J. Sefa Dei (éditeurs), Anti-Racist Feminism, Fernwood Publishing, Halifax, 2000, pp. 19-37

Chevrier, Jacques, « La spécification de la problématique » in Gauthier, Benoît (dir.), De la problématique à la collecte de données, Presses de l'Université du Québec, Québec, 1992

Chan, Benjamin, Du surplus perçu à la pénurie perçue : l'évolution de la main-d'œuvre médicale au Canada dans les années 1990, Institut canadien d'information sur la santé, juin 2002
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=download_form_f&cw_sku=CANPHYWORKFORCEF%20PDF&cw_ctt=1&cw_dform=N visité en octobre 2004

Citoyenneté et Immigration Canada, Notes pour une allocution prononcée par le Ministre Denis Coderre de la Citoyenneté et de l'Immigration lors de la réunion du barreau

- canadien, Montréal, 3 mai 2003
- <http://www.cic.gc.ca/francais/nouvelles/discours/barreau-canadien.html>
- Citoyenneté et Immigration Canada, 2002, Faits et chiffres 2002 : Aperçu de l'immigration, 20 février 2004
- http://www.cic.gc.ca/francais/pub/faits2002/immigration/immigration_5.html
- Citoyenneté et Immigration Canada , Immigrer au Canada
- <http://www.cic.gc.ca/francais/immigrer/index.html> visité en mars 2004
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, A propos du CRMCC,
- <http://crmcc.medical.org/about/index.php>, site visité le 4 mai 2004
- Collins, Randall, Conflict Sociology: Towards an Explanatory Science, Academic Press, New York, 1975
- Comité permanent de l'immigration et de la citoyenneté de la Chambre des Communes,
- Établissement et intégration : un sentiment d'appartenance « se sentir chez soi » (Cinquième rapport du Comité), <http://integration-net.cic.gc.ca/francais/index.cfm>, juin 2003, visité le 7 juillet 2003
- Conseil médical canadien, Brochure d'information concernant l'examen d'évaluation du Conseil médical du Canada (EEMCM) 2004,
- http://www.mcc.ca/pdf/2004ee/ee_brochure_2004.pdf, visité mai 2004
- Conseil médical du Canada, Vision,
- <http://www.mcc.ca/francais/aboutMCC/visioning.html> site visité le 3 mai 2004
- Couton, Philippe, « Immigrants hautement qualifiés: questions et tendances récentes », Isuma, volume 3 no 2, Automne 2002

Cummings, P., Access! Task force on access to professions and trades in Ontario, Ministère de la citoyenneté de l'Ontario, Toronto, Ontario, 1989.

Dauphinee, W. Dale, Integrating international medical graduates into health care delivery in Canada: Attempting to resolve years of discontinuity between immigration policy and implementation strategies in the field

Dauphinee, D. et Tim Woods, Medical Council of Canada. Experience and Future roles in IMG Assessment

Développement des Ressources Humaines du Canada, Chronologie de l'équité en matière d'emploi, http://info.load-otea.hrdc-drhc.gc.ca/equite_milieutrav/information/historique.shtml, visité le 7 juillet 2003

Dixon, Guy, "Licence to cure is a long time coming", Globe and Mail, 8 janvier 2003, C

3

Dubar, Claude et Pierre Tripier, Sociologie des professions, Editions Armand Colin, Paris, 1998

D'Unrug, Marie Christine, Analyse de contenu et acte de parole. De l'énoncé à l'énonciation, Editions Universitaires, Paris, 1974

Dwivedi O. P., Ronald D'Costa, C. Lloyd Stanford et Elliot Tepper, Canada 2000: Race Relations and Public Policy, Department of Political Studies, University of Guelph, 1989

Elliot, Jean Leonard et Augie Fleras, « Immigration and Canadian ethnic mosaic » in Li, Peter S. (edit), Race and Ethnic Relations in Canada, Oxford University Press, Toronto, 1990, pp. 51-76

- Evetts, Julia, "The sociological analysis of professionalism. Occupational change in the modern world", International Sociology, Vol. 18, No. 2, pp.395-415 (2003)
- Foreign-Trained Physicians of Windsor, "Licensing requirements for physicians"
<http://home.ica.net/~cassa/FTDA/licensing.html>, site visité le 10 novembre 2002
- Freidson, Eliot, Professionalism, The Third Logic on the Practice of Knowledge. Chicago: University of Chicago Press, 2001
- Freidson, Eliot, Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge, Chicago: University of Chicago Press, 1986
- Groupe de Travail Deux du Forum médical canadien, Effectifs médicaux au Canada : analyse des documents et des écarts. Rapport final publié en janvier 2003
<http://www.effectifsmedicaux.ca/reports/literatureReviewGapAnalysis-f.pdf> visité en juillet 2004
- Groupe de Travail Deux du Forum médical canadien, Évaluation de nouveaux modèles de prestation des services médicaux : Inventaire et synthèse. Rapport sommaire publié en août 2003 <http://www.effectifsmedicaux.ca/reports/hollander-f.pdf> visité en juillet 2004
- Gouvernement de l'Ontario, Eves invests \$ 14 million to train, recruit and retain more doctors in Ottawa, 03 juillet 2003a
<http://www.premier.gov.on.ca/english/news/DoctorsOttawa070303.asp>, visité le 4 juillet 2003
- Gouvernement de l'Ontario, Strengthening Ontario's health care by recruiting and retaining more doctors, 03 juillet 2003b

- Gouvernement du Manitoba, le Manitoba annonce des changements en ce qui concerne le recrutement des médecins diplômés à l'étranger, Gouvernement du Manitoba - Communiqué, 6 février 2003, <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2003/02/2003-02-06-01.html>.fr
- Harding, Catherine, "Catch 22: Canadian experience", Globe and Mail, 8 janvier 2003b, C 3
- Henry, Frances and Effie Ginzberg, Who Gets the Work: A Test of Racial Discrimination in Employment, Toronto: The Urban Alliance on Race Relations and the Social Planning Council of Metropolitan Toronto, 1985
- Henry, Frances, Carol Tator, Winston Mattis et Tim Rees, The Colour of Democracy. Racism in Canadian Society, Harcourt Canada, Toronto, 2000
- Henry, P. et S. Moscovici, « Problèmes de l'analyse de contenu » dans Langages, vol II, septembre 1968
- IMG Clearing House Resource Centre, Ontario IMG Program 2004/05
<http://www.library.utoronto.ca/medicine/oimg/>, site visité le 22 mai 2003
- Juteau, Danielle, L'ethnicité et ses frontières, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999
- Juteau, Danielle (edit.), Social Differentiation. Patterns and Processes, University of Toronto Press, Toronto, 2003
- Kelley, Ninette et Michael Trebilcock, The Making of a Mosaic: A History of Canadian Immigration Policy, Toronto, University of Toronto Press, 1998
- Kerr, Robert B., History of the Medical Council of Canada, Medical council of Canada, Ottawa, 1979

- Knowles, Valerie, Strangers at Our Gates. Canadian Immigration and Immigration Policy, 1540-1997, Dundurn Press, Toronto, 1997
- Knowles, Valerie, Les artisans de notre patrimoine. La citoyenneté et l'immigration au Canada de 1900 à 1977, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa, 2000
- Legault, Marie-Josée, « La situation des groupes cibles sur le marché du travail, au Québec et au Canada » in M. J Legault (sous la dir.), Équité en emploi - équité salariale. Recueil de textes, Télé-université, Québec, 2002,
- Li, S. Peter, "Economic returns of immigrants' self-employment", Canadian Journal of Sociology, 2000, 25 (1), pp. 1-34
- Li, S. Peter, "The market worth of immigrants' educational credentials", Canadian Public Policy, 2001, 27(1), pp. 23-38
<http://economics.ca/cgi/jab?journal=cpp&view=v27n1/Li.pdf>
- Li, Peter, "Visible Minorities in Canadian Society: Challenges of Racial Diversity" in Peter Li (ed.), Social Differentiation. Patterns and Processes, University of Toronto Press, Toronto, 2003
- Lindberg, April, Dave Rogers et Richard Starnes, "Clement sees improved prognosis", Ottawa Citizen, 31 octobre 2002
- Loi sur les professions de la santé réglementées, http://www.e-laws.gov.on.ca/DBLaws/Statutes/French/91r18_f.htm#BK0 Visité en novembre 2004
- McDade, Kathryn, Barriers to recognition of the credentials of immigrants in Canada, Ottawa, Institute for Research on Public Policy, 1988

- McKendry, Robert, Physicians for Ontario: Too Many? Too Few? For 2000 and Beyond,
McKendry Report, Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de
l'Ontario, Ontario, 22 December 1999
- McWhinnie, Leslie, Beyond the Threshold : A look at four international medical
graduates' successful experience of becoming licenced to practice medicine in
Ontario, Ottawa, Ontario, 2002 (Thèse de maîtrise en Education)
- Ministère de la Formation, et des Collèges et Universités de l'Ontario, The Facts Are In!,
1 août 2002, http://www.equalopportunity.on.ca/eng_g/apt/factsarein.html
- Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de l'Ontario, Backgrounder - Eight-
Point Plan Increases Access to Licensed Physicians, November 21, 2002
<http://www.aipso.ca/eight%20point%20plan.htm>, visité le 10 janvier 2003
- Moogk, Peter, "Reluctant Exiles: Emigrants from France in Canada Before 1760" dans
G. Tulchinsky (éd.), Immigration in Canada: Historical Perspectives, Copp Clark,
Toronto, 1994
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, College vision, Goals and Mission,
http://www.cpso.on.ca/About_the_College/Mission.htm site visité le 4 mai 2004
- Palmer, Howard, "Reluctant Hosts: Anglo-Canadian Views of Multiculturalism in the
Twentieth Century," in Gerald Tulchinsky (ed.), Immigration in Canada:
Historical Perspectives, Copp Clark, Toronto, 1994, pp. 297-333
- Paradeise, Catherine, « Les professions comme marchés fermés », Sociologie et société,
vol XX, no 2, octobre 1988, p 9-21
- Parkin, Frank, Marxism: A Bourgeois Critique, Columbia University Press, New York,
1979

- Paterson, Jody, "Meet the new wave of our province's health-care future", Times Colonist, 16 mai 2003
- Pietrantonio, Linda, « Le débat scientifique sur l'action positive : l'occasion d'une analyse sociologique de l'égalité », Etudes ethniques au Canada, XXXIV, no 1, 2002, pp. 66-82
- Rampersad, David et l'Ontario Legislative Research Services, Foreign-Trained Professionals and Skilled Workers : Access to Employment Opportunities, Backgrounder # 43, Legislative Assembly of Ontario, Toronto, Ontario, 2001
- Reitz, G. Jeffrey et Raymond Breton, "Prejudice and discrimination in Canada and the United States : a comparison" in Satzewich, Vic (edit.), Racism and Social Inequality in Canada. Concepts, Controversies and Strategies of Resistance, Thompson Educational Publishing, Toronto, 1998, pp 47-68
- Reitz, Jeffrey, "Immigrant Skill Utilization in the Canadian Labour Market: Implications of Human Capital Research," Journal of International Migration and Integration, 2(3) 2001:347-378.
- Romanow, Roy, Building on Values. The Future of Health Care in Canada, rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, novembre 2002.
http://www.hc-sc.gc.ca/english/pdf/romanow/pdfs/HCC_Final_Report.pdf visité en avril 2004
- Roberts, Barbara, "Shovelling out the 'Mutinous': Political Deportation from Canada Before 1936", in Gerald Tulchinsky, ed., Immigration in Canada: Historical Perspectives, Copp Clark, Toronto, 1994
- Runciman, W. G. , Weber. Selections in Translation, Cambridge University Press, 1978

Santé Canada, Communiqué. Des fonds fédéraux favorisent l'accréditation de médecins formés à l'étranger, 2004a

Santé Canada, Le gouvernement octroie 4 millions de dollars pour aider les médecins formés à l'étranger à obtenir leur permis d'exercer au Canada, 2004c

Sarfatti Larson, Magali, « A propos des professionnels et des experts ou comme il est peu utile d'essayer de tout dire », Sociologie et société, vol XX, no 2, octobre 1988, p 23-40

Satzewich, Vic, "Race, racism and racialization: contested concepts" in Satzewich, Vic (edit.), Racism and Social Inequality in Canada. Concepts, Controversies and Strategies of Resistance, Thompson Educational Publishing, Toronto, 1998, pp 25-45

Sharma, Nandita, "On Being *not* Canadian: the Social Organization of 'Migrant Workers' in Canada", The Canadian Review of Sociology and Anthropology, 2001, 38, 4: p. 415-439

Small, Stephen, "The contours of racialization: structure, representation and resistance in the United States" in Satzewich, Vic (edit.), Racism and Social Inequality in Canada. Concepts, Controversies and Strategies of Resistance, Thompson Educational Publishing, Toronto, 1998, pp79-87

Statistique Canada (a), Population immigrante selon le lieu de naissance et la période d'immigration, 2001 http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/demo24a_f.htm visité le 22 mai 2003

Statistique Canada (b), Recensement du Canada, 1665-1871, http://www.statcan.ca/francais/freepub/98-187-XIF/index_f.htm

- Stoddard, Greg L. et Morris L. Barer, "Will increasing medical school enrolment solve Canada's physician supply problems?", CMAJ, Octobre 19, 1999, 166 (8)
- Strauss, Anselm et Juliet Corbin, Basics of Qualitative Research. Grounded Theory. Procedures and Techniques, Sage Publications, California, 1990
- The Maytree Foundation, The Doctor Shortages and the Integration of International Physicians: Opportunities and Solutions , Conférence présidée par Dr. Carolyn Bennet, M P, Toronto, Ontario, September 2001
- Tulchinsky, Gerald (éd.), Immigration in Canada. Historical Perspectives, Copp Clark Longman Ltd., Ontario, 1994
- Tyrrell, Lorne et Dale Dauphinee, Task Force on Physician Supply in Canada, Rapport du Groupe Un de travail du Forum médical canadien, Novembre 1999
<http://www.cpsbc.bc.ca/physician/publications/supply.pdf> visité en avril 2004
- "Verax" et Bruno Lasker, Immigration policies. Canadian and American, The Ryerson Press, Toronto, 1944
- Woodsworth, James Shaver, Strangers Within Our Gates, Toronto, Doreen Stephen Books, 1909
- Young, Iris Marion, Justice and the Politics of Difference, Princeton University Press, New Jersey, 1990

**ANNEXE 1 : LISTE DES ORGANISATIONS REPRÉSENTÉES PAR LES
INTERVIEWÉS ET LES FONCTIONS QU'ILS OCCUPENT AU SEIN DE CES
ORGANISATIONS**

Organisations représentées	Fonctions des interviewés au sein de l'organisation	Date d'entrevue	Mode d'entrevue
Association des facultés de médecine du Canada	Directeur exécutif	Octobre 2003	Face-à-face. Usage de magnétophone pour transcription intégrale de l'entrevue plus tard.
Le ministère de la santé et des soins de longue durée	1)Analyste en planification, Provincial Health Services Planning Unit. 2) Manager, Provincial Health Services Planning Unit.	Avril 2004	Au téléphone. Usage de magnétophone pour transcription intégrale de l'entrevue plus tard.
Conseil médical du Canada	Directeur exécutif	Avril 2004	Au téléphone. Usage de magnétophone pour transcription intégrale de l'entrevue plus tard.

ANNEXE 2 : LETTRE DE RECRUTEMENT

(Envoyée par courriel ou par la poste après le premier contact fait au téléphone à l'organisation. Ce premier contact a servi à faire connaître mes intentions et aussi, à me faire savoir si je parlais à la personne qui pouvait répondre à mes questions, sinon à m'orienter vers cette personne-là. C'est à cette personne que la lettre de recrutement était ensuite envoyée).

Bonjour M. ou Mme,

Mon nom est Christine Kayirangwa. Comme je l'ai déjà indiqué, je suis étudiante en Maîtrise dans le programme de Sociologie de l'Université d'Ottawa. Dans le cadre de mon programme, je dois mener une recherche afin de produire une thèse de Maîtrise. L'objet de la recherche que j'ai choisi de faire est l'analyse des politiques et pratiques des organisations professionnelles impliquées dans le processus d'accréditation ontarien des médecins formés à l'étranger.

Pour mieux comprendre ce processus qui implique beaucoup d'instances professionnelles et administratives, j'ai besoin de voir plus clairement la part de chacune de ces instances. Une liste de thèmes à toucher pendant l'entrevue est incluse afin de vous donner une meilleure compréhension de ma quête auprès de votre organisation.

L'entrevue que je demande prendra entre une heure et une heure et demie. Votre participation sera volontaire. Le (la) participant(e) peut ne pas répondre à toutes les questions posées. Et il (elle) peut mettre fin à l'entrevue quand il (elle) le désire. Vu la nature de ma recherche et de l'analyse que je ferai des données recueillies lors de l'entrevue, je ne peux assurer l'anonymat complet des participants; leurs postes et leurs organismes seront cités. Cependant, les bandes magnétiques des entrevues ne seront accessibles qu'à moi, la chercheuse et mon professeur- superviseur. Et une copie de la transcription complète de l'entrevue de chaque participant (e) sera remise à ce (cette) dernier (ère), ainsi qu'un résumé de la thèse.

Acceptez-vous de participer?

(Si oui): je vous remercie pour votre participation

(Si non) : je vous remercie de votre temps

ANNEXE 4 : THÈMES D'ENTREVUE

1. Conseil Médical Canadien

- Le rôle du Conseil dans le système de santé canadien et son évolution
- Le processus d'accréditation des médecins au Canada et les dates clés dans son histoire.
- Le processus d'accréditation des gradués des facultés de médecine étrangères et son évolution dans le temps.
- La logique qui sous-tend la préséance des gradués de certains pays sur d'autres dans le processus d'accréditation.
- La participation du Conseil à l'effort de synchronisation des programmes des différents tenants de la question de l'intégration à l'emploi des médecins formés à l'étranger. Les provinces ont des programmes variés et qui ne concordent pas toujours. Le Conseil fonctionne au niveau national, quel rôle de médiateur joue-t-il?
- Selon le Conseil, les changements requis pour améliorer la situation du système de santé en Ontario en matière de planification des ressources humaines.
- En ce moment de pénurie de médecins où il est dit par beaucoup de personnes concernées par la question que le pays a besoin des services des médecins diplômés des écoles étrangères, comment le Collège compte-t-il sauvegarder la sécurité de la population canadienne et, en même temps, lui assurer la disponibilité des services de santé à l'aide des diplômés des facultés étrangères?
- La soi-disant redondance des examens donnés par le conseil : comment le Conseil décide-t-il de la nécessité de certains examens et y a-t-il moyen de personnaliser les exigences faites aux demandeurs d'accréditation?

2. L'Association des facultés de médecine du Canada

- Le rôle de l'Association au Canada et son évolution dans le temps
- La responsabilité de l'Association dans le processus d'accréditation des médecins (diplômés au Canada ou ailleurs).
- La responsabilité du Conseil dans le processus de jumelage des résidents
- Qu'est-ce qui devrait changer pour améliorer la situation du système de santé au Canada et en Ontario en terme de ressources humaines.
- La nature de la collaboration de l'Association et du Liaison Committee on Medical Education américain en matière d'agrément des facultés de médecine.
- La part du pouvoir décisionnel de l'Association dans le Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Le traitement différentiel des demandes de résidences des médecins formés l'étranger.

3. Ministère de la santé et des soins de longue durée

- L'historique de l'accréditation des médecins formés à l'étranger en Ontario. Les grands changements survenus au cours du temps et les circonstances qui les ont causés.
- Les politiques d'immigration fédérales et celles de l'intégration provinciales/territoriales des immigrants ne concordant pas toujours, il y a souvent des problèmes dans l'insertion des immigrants dans la vie socio-économiques au Canada. Dans le cas des médecins formés à l'étranger qui immigreront au Canada sans une offre d'emploi, on observe beaucoup de problèmes. Quelle est la réaction du gouvernement de l'Ontario à ce propos surtout que la plupart de ces immigrants se retrouvent en Ontario?
- Le sujet de recrutement de médecins à l'étranger
- Beaucoup d'organisations et d'entités gouvernementales sont impliquées dans le processus d'accréditation des médecins formés à l'étranger. Et le rôle de chacune n'est pas toujours clair. Quelles sont les responsabilités du ministère de la santé de la province dans cette matière?
- La question de la pénurie de médecins. La situation des communautés en manque de médecins. Quelle est la situation aujourd'hui comparé au passé en Ontario.
- Le centre International Medical Graduate Clearinghouse.
- Le rapport du Canadian Taskforce on the Licensure of IMG's. Que pense le ministère des recommandations et de leur éventuelle mise en pratique. La question de fonds est l'un de domaines non touchés par le Taskforce qui était de juridiction fédérale. C'est la province qui décide des fonds à allouer à la santé et dans quels domaines de la santé investir. Quelles sont les recommandations que le gouvernement est prêt à financer?

ANNEXE 5 : THÈMES LIÉS À L'ANALYSE DE CONTENU

1. Histoire du Canada,
2. Croissance économique,
3. Économie canadienne,
4. Ressources humaines (canadiennes ou par l'entremise de l'immigration),
5. Capital humain,
6. Apport des immigrants à l'économie canadienne,
7. Éducation médicale,
8. Coût de l'éducation médicale,
9. Évaluation de l'éducation médicale,
10. Investissement en ressources humaines,
11. Planification des ressources humaines,
12. Chômage,
13. Compétences professionnelles,
14. Performance professionnelle,
15. Qualification professionnelle,
16. Travailleur qualifié,
17. Nouveau pays,
18. Nouvelle patrie,
19. Nouveau système de travail,
20. Immigration,
21. Circonstances d'immigration,
22. Diversité culturelle,
23. Minorités visibles,
24. Origines nationales,
25. Pays de formation médicale,
26. Opportunité pour emploi,
27. Opportunité pour formation,
28. Opportunité pour évaluation,
29. Monopole,
30. Organisation professionnelle,
31. Pratique médicale,
32. Accréditation,
33. Diplômés des facultés de médecine en dehors du Canada et des États-Unis,
34. Diplômés des facultés de médecine canadiennes,
35. Diplômés des facultés de médecine américaines,
36. Barrières à la pratique médicale,
37. Problèmes liés à l'accréditation,
38. Contrôle du nombre d'inscription dans les facultés de médecine,
39. Contrôle du nombre de postes post-gradués,
40. Distribution géographique des médecins,
41. Contrôle de la distribution de la nouvelle main-d'œuvre médicale,
42. Contraintes dans les conditions de travail de la nouvelle main-d'œuvre médicale,
43. Négociations des organisations professionnelles avec l'État,

44. Relation des organisations professionnelles avec le public,
45. Secteurs de l'économie avec pénurie de travailleurs qualifiés,
46. Pénurie de médecins,
47. Services de santé,
48. Autres professionnels de santé,
49. Institutions de santé (hôpital, centre de santé, cabinet privé,...),
50. Race,
51. Ethnie,
52. Faculté de médecine canadienne,
53. Faculté de médecine américaine,
54. Faculté de médecine étrangère,
55. Langue parlée,
56. Mœurs,
57. Cultures,
58. Normes de la pratique médicale,
59. Système médical,
60. Argent, fonds public,
61. Investissement privé dans la santé,
62. Étudiants post-gradués non immigrants,
63. Intégration du milieu du travail,
64. Santé Canada,
65. Ministère de la Santé et des soins de longue durée,
66. Autonomie de la profession,
67. Tests et examens,
68. Accès à l'information,
69. Jumelage pour postes de résidents,
70. Expérience au travail et
71. Programmes d'accréditation.

**ANNEXE 6: PAYS DE NAISSANCE DES DIPLÔMÉS DES FACULTÉS DE
ÉTRANGÈRES**

Pays de naissance	Total	%
Iran	143	13.6%
Inde	121	11.5%
Pakistan	121	11.5%
Chine	64	6.1%
Roumanie	60	5.7%
Bangladesh	40	3.8%
Afghanistan	35	3.3%
Russie	31	2.9%
Sri Lanka	30	2.8%
Colombie	26	2.5%
Yugoslavie	26	2.5%
Ukraine	25	2.4%
Iraq	22	2.1%
Somalie	17	1.6%
Burma	16	1.5%
Soudan	14	1.3%
Bosnie	12	1.1%
Égypte	13	1.2%
Nigeria	10	0.9%

Brésil	9	0.9%
Philippines	9	0.9%
Syrie	8	0.8%
Cuba	7	0.7%
Pologne	7	0.7%
Turquie	7	0.7%
Canada	6	0.6%
Croatie	6	0.6%
Éthiopie	6	0.6%
Libye	6	0.6%
Macédoine	6	0.6%
Albanie	5	0.5%
Azerbaïdjan	5	0.5%
Vietnam	5	0.5%
Yemen	5	0.5%
Angola	4	0.4%
Angleterre	4	0.4%
Liban	4	0.4%
Moldavie	4	0.4%
Pérou	4	0.4%
L'Arabie Saoudite	4	0.4%

Uzbekistan	4	0.4%
Argentine	3	0.3%
Belarus	3	0.3%
Bulgarie	3	0.3%
Chili	3	0.3%
Hong Kong	3	0.3%
Corée du Nord	3	0.3%
Koweït	3	0.3%
Mexique	3	0.3%
Maroc	3	0.3%
Corée du Sud	3	0.3%
Uganda	3	0.3%
Vénézuela	3	0.3%
Algérie	2	0.2%
Caméroun	2	0.2%
Congo	2	0.2%
Tchécoslovaquie	2	0.2%
Équateur	2	0.2%
Allemagne	2	0.2%
Ghana	2	0.2%
Guyane	2	0.2%
Haïti	2	0.2%

Hongrie	2	0.2%
Indonésie	2	0.2%
Italie	2	0.2%
Jordanie	2	0.2%
Kenya	2	0.2%
Nicaragua	2	0.2%
Palestine	2	0.2%
Singapore	2	0.2%
Tanzanie	2	0.2%
Grande Bretagne	2	0.2%
R D du Congo	2	0.2%
Arménie	1	0.1%
Belgique	1	0.1%
Bhutan	1	0.1%
Burundi	1	0.1%
République Dominicaine	1	0.1%
El Salvador	1	0.1%
Estonie	1	0.1%
France	1	0.1%
Georgie	1	0.1%
Grèce	1	0.1%

Guatemala	1	0.1%
Irlande	1	0.1%
Kosovo	1	0.1%
Laos	1	0.1%
Latvia	1	0.1%
Montenegro	1	0.1%
Népal	1	0.1%
Rwanda	1	0.1%
Sénégal	1	0.1%
Slovaquie	1	0.1%
Slovénie	1	0.1%
Suède	1	0.1%
Taiwan	1	0.1%
Taiz	1	0.1%
Tajikistan	1	0.1%
États-Unis	1	0.1%
Inconnus	183	
Total	1237	

Source : AIPSO, AIPSO's Statistics

ANNEXE 7: PAYS DE FORMATION MÉDICALE DES DIPLÔMÉS DES
FACULTÉS ÉTRANGÈRES

<u>Pays de formation</u>	<u>Total</u>	<u>%</u>
Pakistan	58	12.5%
Inde	56	12.0%
Iran	56	12.0%
Roumanie	28	6.0%
Chine	25	5.4%
Bangladesh	19	4.1%
Colombie	15	3.2%
Afghanistan	14	3.0%
Ukraine	14	3.0%
Russie	11	2.4%
Égypte	7	1.5%
Iraq	7	1.5%
Sri Lanka	7	1.5%
Brésil	6	1.3%
Yougoslavie	6	1.3%
Myanmar	5	1.1%
Turquie	5	1.1%
Bulgarie	4	0.9%
Cuba	4	0.9%

Éthiopie	4	0.9%
Nigeria	4	0.9%
Somalie	4	0.9%
Soudan	4	0.9%
Syrie	4	0.9%
Chili	3	0.6%
Allemagne	3	0.6%
Jordanie	3	0.6%
Libye	3	0.6%
Macédonie	3	0.6%
Mexique	3	0.6%
Philippines	3	0.6%
Pologne	3	0.6%
Algérie	2	0.4%
Belgique	2	0.4%
Bosnie	2	0.4%
République tchèque	2	0.4%
Ghana	2	0.4%
Italie	2	0.4%
Corée	2	0.4%
Tajikistan	2	0.4%
Ouzbékistan	2	0.4%
Argentine	1	0.2%

Autriche	1	0.2%
Azerbaïdjan	1	0.2%
Bélarus	1	0.2%
Bhutan	1	0.2%
République Dominicaine	1	0.2%
El Salvador	1	0.2%
France	1	0.2%
Guatemala	1	0.2%
Guyane	1	0.2%
Haïti	1	0.2%
Hong Kong	1	0.2%
Honduras	1	0.2%
Hongrie	1	0.2%
Indonésie	1	0.2%
Irlande	1	0.2%
Laos	1	0.2%
Malaysie	1	0.2%
Maroc	1	0.2%
Népal	1	0.2%
Congo	1	0.2%
Rwanda	1	0.2%
Slovaquie	1	0.2%
Corée du Sud	1	0.2%
Uganda	1	0.2%

Grande Bretagne	1	0.2%
États-Unis	1	0.2%
USSR	1	0.2%
Vénézuela	1	0.2%
Vietnam	1	0.2%
Yémen	1	0.2%
Zaïre	1	0.2%
Inconnus	24	5.2%
Total	465	

Source: AIPSO, AIPSO's member statistics

ANNEXE 8 : NOMBRE D'ANNÉE DE PRATIQUE DE LA MÉDECINE

<u>Le nombre d'années de pratique</u>		
0	101	9.4%
1 à 4	292	27.1%
5 à 9	245	22.7%
10 à 14	217	20.1%
15 ou plus	224	20.8%
Inconnu	158	
total	1237	

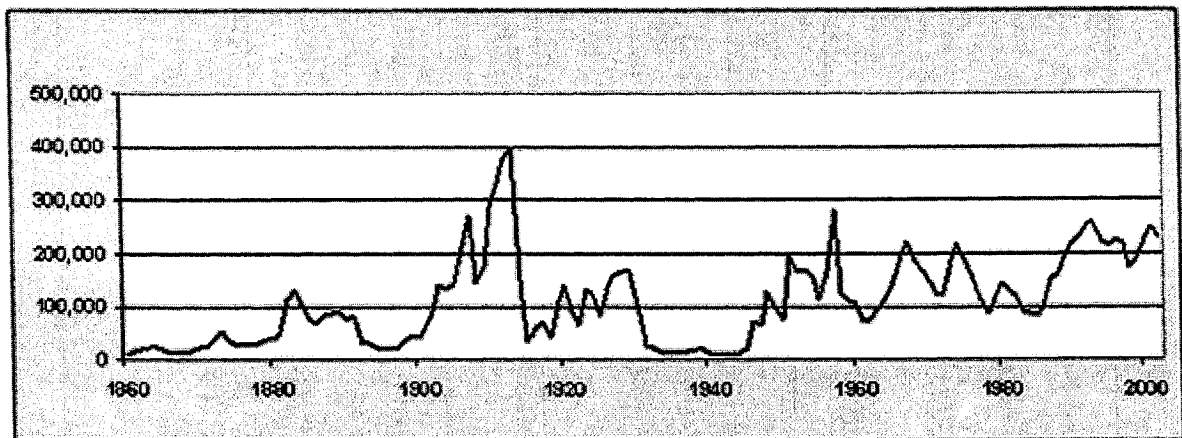
Source: AIPSO, AIPSO's member statistics

ANNEXE 9 : NOMBRE D'ANNÉES AU CANADA

<u>Nombres d'années au Canada</u>		
1 an	76	16.3%
2 ans	61	13.1%
3 ans	68	14.6%
4 ans	69	14.8%
5 à 9 ans	132	28.4%
10 ans et plus	49	10.5%
Inconnu	10	2.2%
Total	465	

Source: AIPSO, AIPSO's member statistics

ANNEXE 10 : PERSPECTIVES HISTORIQUES DE L'IMMIGRATION AU CANADA (1860-2002)

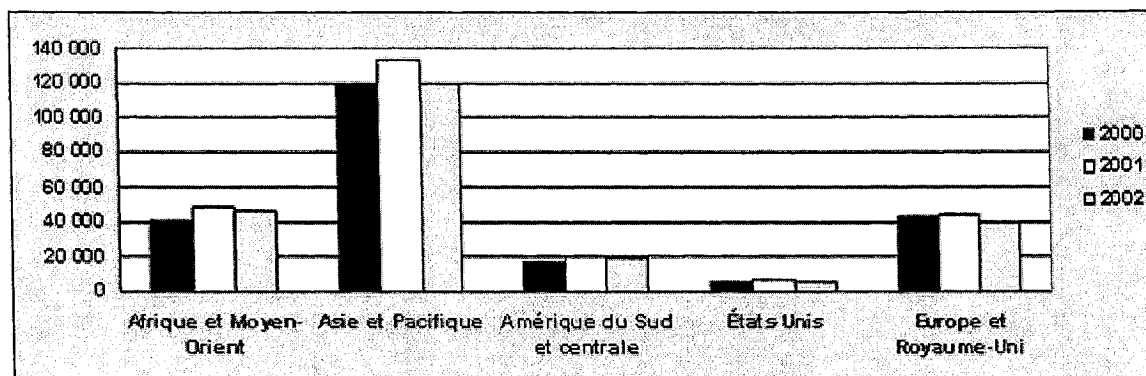


Année	Nombre	Nombre	Nombre	Année	Nombre	Année	Nombre	Année	Nombre	Année	Nombre
1860	6,276	1884	103,824	1908	143,326	1932	20,591	1956	164,857	1980	143,135
1861	13,589	1885	76,169	1909	173,694	1933	14,382	1957	282,164	1981	128,639
1862	18,294	1886	69,152	1910	286,839	1934	12,476	1958	124,851	1982	121,176
1863	21,000	1887	84,526	1911	331,288	1935	11,277	1959	106,928	1983	89,188
1864	24,779	1888	88,766	1912	375,756	1936	11,643	1960	104,111	1984	88,271
1865	18,958	1889	91,600	1913	400,870	1937	15,101	1961	71,698	1985	84,334
1866	11,427	1890	75,067	1914	150,484	1938	17,244	1962	74,856	1986	99,325
1867	10,666	1891	82,165	1915	33,665	1939	16,994	1963	93,151	1987	151,999
1868	12,765	1892	30,996	1916	55,914	1940	11,324	1964	112,606	1988	161,494
1869	18,630	1893	29,633	1917	72,910	1941	9,329	1965	146,758	1989	191,493
1870	24,706	1894	20,829	1918	41,845	1942	7,576	1966	194,743	1990	216,396
1871	27,773	1895	18,790	1919	107,698	1943	8,504	1967	222,876	1991	232,744
1872	36,578	1896	16,835	1920	138,824	1944	12,801	1968	183,974	1992	254,817
1873	50,050	1897	21,716	1921	91,728	1945	22,722	1969	164,531	1993	256,741
1874	39,373	1898	31,900	1922	64,224	1946	71,719	1970	147,713	1994	224,364
1875	27,382	1899	44,543	1923	133,729	1947	64,127	1971	121,900	1995	212,859
1876	25,633	1900	41,681	1924	124,164	1948	125,414	1972	122,006	1996	226,039
1877	27,082	1901	55,747	1925	84,907	1949	95,217	1973	184,200	1997	216,014
1878	29,807	1902	89,102	1926	135,982	1950	73,912	1974	218,465	1998	174,159
1879	40,492	1903	138,660	1927	158,886	1951	194,391	1975	187,881	1999	189,922

1880	38,505	1904	131,252	1928	166,783	1952	164,498	1976	149,429	2000	227,346
1881	47,991	1905	141,465	1929	164,993	1953	168,868	1977	114,914	2001	250,484
1882	112,458	1906	211,653	1930	104,806	1954	154,227	1978	86,313	2002	229,091
1883	133,624	1907	272,409	1931	27,530	1955	109,946	1979	112,093		

Source: Citoyenneté et Immigration Canada, Faits et Chiffres 2002

ANNEXE 11 : IMMIGRATION SELON LES RÉGIONS SOURCE



RÉGION	2000		2001		2002	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Afrique et Moyen-Orient	40 821	17,96	48 097	19,20	46 113	20,13
Asie et Pacifique	120 552	53,03	132 792	53,01	118 899	51,90
Amérique du Sud et centrale	16 954	7,46	20 137	8,04	19 417	8,48
États-Unis	5 815	2,56	5 902	2,36	5 288	2,31
Europe et Royaume-Uni	42 888	18,86	43 225	17,26	38 841	16,95
Non déclarée	316	0,14	331	0,13	533	0,23
Total	227 346	100	250 484	100	229 091	100

Source: Citoyenneté et Immigration Canada, Faits et Chiffres 2002

ANNEXE 12 : IMMIGRATION SELON LES DIX PRINCIPAUX PAYS SOURCE
POUR LES ANNÉES 2000, 2001 ET 2002

PAYS	2000			2001			2002		
	Nb	%	Rang	Nb	%	Rang	Nb	%	Rang
Chine, République populaire de	36 716	16,15	1	40 315	16,09	1	33 231	14,51	1
Inde	26 088	11,48	2	27 848	11,12	2	28 815	12,58	2
Pakistan	14 184	6,24	3	15 341	6,12	3	14 164	6,18	3
Philippines	10 088	4,44	4	12 914	5,16	4	11 000	4,80	4
Iran	5 608	2,47	8	5 737	2,29	7	7 742	3,38	5
Corée du Sud	7 629	3,36	5	9 604	3,83	5	7 326	3,20	6
Roumanie	4 425	1,95	11	5 585	2,23	8	5 692	2,48	7
États-Unis	5 815	2,56	7	5 902	2,36	6	5 288	2,31	8
Sri Lanka	5 841	2,57	6	5 514	2,20	9	4 961	2,17	9
Royaume-Uni	4 647	2,04	10	5 350	2,14	10	4 720	2,06	10
Yougoslavie	4 723	2,08	9	2 788	1,11	22	1 620	0,71	31
Total - dix principaux pays	121 339	53,39		134 110	53,54		122 939	53,67	
Total - autres pays	106 007	46,61		116 374	46,46		106 152	46,33	
Total	227 346	100		250 484	100		229 091	100	

Source: Citoyenneté et Immigration Canada, Faits et Chiffres 2002

**ANNEXE 13 : POPULATION IMMIGRANTE SELON LE LIEU DE NAISSANCE ET
LA PÉRIODE D'IMMIGRATION**

Définitions et notes	Total - population immigrante	Période d'immigration				
		Avant 1961	1961- 1970	1971- 1980	1981- 1990	1991- 2001
		nombre				
Total - lieu de naissance	5 448 480	894 465	745 560	936 275	1 041 500	1 830 680
États-Unis	237 920	34 805	46 880	62 835	41 965	51 435
Amérique centrale et du Sud	304 650	5 910	17 155	62 925	102 655	116 005
Caraïbes et Bermudes	294 050	6 990	42 740	91 475	68 840	84 005
Royaume-Uni	606 000	217 175	160 005	126 030	60 145	42 645
Autres pays d'Europe du Nord et de l'Ouest	494 825	248 830	86 820	56 345	45 595	57 235
Europe de l'Est	471 365	135 425	36 595	30 055	104 825	164 465
Europe du Sud	715 370	207 900	232 255	126 095	55 620	93 500
Afrique	282 600	4 635	23 830	54 655	59 710	139 770
Asie centrale de l'Ouest et Moyen- Orient	285 585	4 445	13 360	29 675	75 885	162 220
Asie de l'Est	730 600	18 325	36 360	97 610	155 070	423 235
Asie du Sud-Est	469 105	2 240	14 095	107 445	159 660	185 665
Asie du Sud	503 895	3 845	26 600	77 230	101 110	295 110
Océanie et autres pays	52 525	3 950	8 870	13 910	10 415	15 380
Source : Statistique Canada, Recensement de la population 2001.						