

Considérations stratégiques pour la rétention du personnel de santé formé à l'étranger

Sommaire et rapport

Août 2024

À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients et patientes, les partenaires de soins essentiels et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé.

Nos grandes lignes d'action sont les soins et services aux personnes âgées, les soins plus proches du milieu de vie ainsi que la reprise et la résilience après la pandémie – la qualité et la sécurité demeurant bien sûr au cœur de tous nos efforts. Nous sommes résolus à favoriser des soins inclusifs, équitables et respectueux des valeurs culturelles par la mobilisation de différents groupes, dont les patients et patientes, les partenaires de soins essentiels, les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et le personnel des services de santé.

Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 Canada
1 866 421-6933 | info@hec-esc.ca

Réseaux sociaux

[X](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. L'organisme reconnaît que le niveau de vie dont ses membres bénéficient aujourd'hui est le résultat de l'intendance et des sacrifices des premiers habitants de ces territoires. [En savoir plus](#)

Table des matières

Sommaire	4
Considérations stratégiques détaillées	6
Aperçu	6
Mise en œuvre : une approche multisectorielle	11
Exemples de ressources suggérées pour l'application des considérations stratégiques	11
Considérations stratégiques pour la rétention du personnel de santé formé à l'étranger	12
Aperçu	12
Contexte	12
Pénurie de main-d'œuvre en santé	12
Considérations liées à l'équité	14
Communautés rurales et éloignées	15
Sécurité des patients et qualité des soins	15
Profil de la main-d'œuvre en santé au Canada et du PSFE	16
Main-d'œuvre en santé au Canada	16
Le PSFE au Canada	16
Profils du PSFE au Canada	18
La rétention du PSFE	18
Discussion	21
Approche du laboratoire des politiques	22
Contexte	22
Résultats du laboratoire des politiques	23
Annexe A : Profils et observations du PSFE	24
Profil 1 : Nouveau médecin formé à l'étranger	24
Profil 2 : Médecin établi formé à l'étranger	24
Profil 3 : Nouvelle diplômée formée à l'étranger	25
Profil 4 : Diplômé établi formé à l'étranger	25
Profil 5 : Nouvelle infirmière formée à l'étranger	26
Profil 6 : Nouvelle infirmière formée à l'étranger	26
Annexe B : Méthodologie du laboratoire des politiques	27
Annexe C : Références	29

Sommaire

Il y a actuellement une pénurie mondiale de personnel de la santé, qui devrait persister. Le Canada ne fait pas exception. Diverses stratégies de recrutement et de rétention du personnel de santé sont employées au pays : rémunération juste, conditions de travail sécuritaires, conciliation travail-vie personnelle et outils visant la prestation de soins sûrs et de qualité. Des efforts sont aussi déployés pour recruter et retenir du personnel de santé formé à l'étranger (PSFE)¹.

La rétention du PSFE peut contribuer à l'amélioration de la sécurité et de la qualité des services de santé et à la stabilité à long terme des effectifs. Au fil de la création de stratégies de rétention du personnel de santé, des occasions de répondre aux besoins du PSFE émergent.

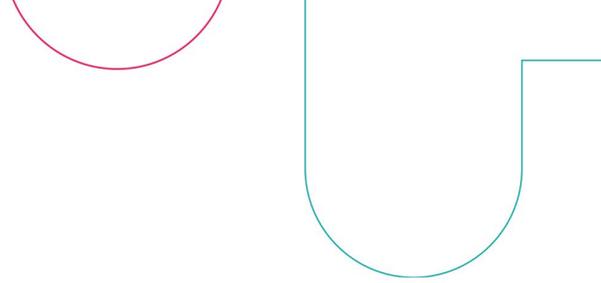
Excellence en santé Canada (ESC) a organisé un laboratoire des politiques en janvier 2024 pour explorer des façons de retenir le PSFE. Les laboratoires des politiques sont des processus de co-conception structurés. Les personnes participantes travaillent ensemble à la résolution de questions stratégiques complexes en se basant sur leur vécu expérientiel et sur les meilleures données probantes.

Quarante et une personnes² ont participé au laboratoire des politiques, avec les objectifs suivants :

- Comprendre les facteurs qui influencent la rétention du PSFE
- Co-concevoir des solutions stratégiques et des stratégies multisectorielles appropriées qui influencent la rétention du PSFE

À partir de données contextuelles, du travail d'élaboration collaboratif effectué pendant le laboratoire et des entrevues de suivi, les participantes et participants ont relevé huit considérations stratégiques pour la rétention du PSFE :

1. Donner une voix au PSFE dans la prise de décisions
2. Faciliter l'obtention du permis d'exercice et des agréments tout en respectant des normes élevées en matière de sécurité, de qualité et de préparation à la pratique.
3. Créer des politiques et procédures contre le racisme et l'oppression
4. Offrir du mentorat et de la supervision
5. Mettre en place des aides à l'intégration et aux ressources humaines
6. Offrir du soutien à l'établissement et des services de navigation (communauté et employeur)
7. Établir des liens avec les aides communautaires (famille, finances, santé mentale et bien-être, etc.)
8. Mettre en place du soutien et de la formation dans les régions rurales et éloignées



Les personnes participantes ont aussi relevé quatre défis systémiques :

- **Permis d'exercice** : Le processus d'obtention du permis d'exercice est pour le PSFE un défi de taille qui englobe plusieurs facteurs (par exemple, les coûts, l'alignement des processus d'immigration et d'octroi du permis, la complexité du processus, la langue propre à l'emploi, le temps).
- **Cohésion** : On dispose d'une quantité limitée d'information sur les pratiques exemplaires dans le domaine. Les participantes et participants au laboratoire des politiques ont préconisé une meilleure coordination entre les divers organismes rencontrés tout au long du parcours d'intégration au marché du travail.
- **Racisme** : Le PSFE et sa famille peuvent subir du racisme systémique sur le lieu de travail, du racisme institutionnel et du racisme interpersonnel dans la communauté.
- **Manque de données** : On manque de données sur le PSFE et sa diversité. L'accès à ces données aiderait à orienter les politiques et la prise de décisions.

Ces considérations sont pertinentes pour tous les paliers de gouvernement. Elles couvrent de nombreux domaines, comme la santé, le logement, l'immigration et l'éducation. À ce titre, les personnes participantes au laboratoire des politiques ont affirmé que la tenue de discussions enrichissantes et l'amélioration de la collaboration aideraient à concevoir et à appliquer des solutions stratégiques efficaces.

Considérations stratégiques détaillées

Aperçu

Les huit considérations stratégiques décrites ci-dessous sont tirées de la recherche de base et des données probantes recueillies préalablement, validées par le travail d'élaboration collaboratif pendant le laboratoire et révisées lors de consultations subséquentes. Le processus visait à produire des considérations pour la rétention du PSFE au Canada. Le tableau ci-dessous décrit les considérations stratégiques des huit éléments importants et présente un aperçu des programmes, des pratiques et des ressources.

Remarque : Les quatre éléments suivis d'un astérisque (*) ont été jugés prioritaires par les participantes et participants au laboratoire des politiques.

Élément important	Raison de son importance – facteurs influençant la décision de déménager et de rester	Considérations stratégiques connexes	Programmes / pratiques / ressources
1. Donner une voix au PSFE dans la prise de décisions.	La reconnaissance et la célébration des contributions individuelles sur le lieu de travail et dans la communauté.	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir au PSFE des occasions officielles et non officielles de faire part de ses opinions et de son vécu. • Inclure le PSFE ainsi que sa famille et sa communauté dans la co-conception de solutions. • Intégrer la voix du PSFE (le vécu expérientiel) dans la prise de décisions tout au long de l'élaboration de politiques, notamment par des collaborations intra et intersectorielles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Guide sur le vécu expérientiel dans les politiques (Royaume-Uni) [en anglais] • Environnements propices à la participation d'ESC
2. Faciliter l'obtention de permis d'exercice et d'agrément, tout en préservant la sécurité et la qualité des soins et en aidant à la préparation à la pratique*.	La facilité du transfert des qualifications du pays d'origine à la province ou au territoire.	<ul style="list-style-type: none"> • Encourager l'élaboration et l'expansion de programmes qui accélèrent le processus d'immatriculation et d'octroi du permis d'exercice, avec des processus efficaces d'accès aux titres de compétence sans compromettre les mesures de protection de la sécurité des patientes et patients. • Appuyer la révision et l'élaboration de politiques qui accélèrent le processus d'octroi du permis d'exercice, tout en préservant les mesures de protection de la sécurité des patientes et patients et la qualité des soins (par exemple, les options de carrière par étapes pour le PIFE, l'acquisition accélérée de compétences pour le PSFE et les DMFE) pour encourager l'ascension. 	<ul style="list-style-type: none"> • Voie d'accès pour le personnel infirmier formé à l'étranger du Réseau N4 (Canada) • Rapport de recommandations pour le personnel infirmier formé à l'étranger du Réseau N4 (Canada) • Voies d'accès pour les MFE et les DMFE du Réseau N4 (Canada) • Rapport de recommandations pour les MFE du Réseau N4 (Canada)

Élément important	Raison de son importance – facteurs influençant la décision de déménager et de rester	Considérations stratégiques connexes	Programmes / pratiques / ressources
		<ul style="list-style-type: none"> • Créer des structures pour aider à la préparation à la pratique après l'octroi du permis d'exercice. • Envisager des options d'octroi du permis accéléré pour le personnel de santé formé aux États-Unis. • Évaluer les besoins d'accréditation du PSFE pour savoir où simplifier les processus. • Examiner les modèles régionaux d'octroi de permis et d'immatriculation pour le PSFE (autre que les médecins des provinces de l'Atlantique). • Sonder les programmes incitatifs à long terme pour le PSFE. • Envisager des voies d'accès pour le PIFE avec de l'expérience en milieu non clinique (par exemple, en tant que cadre supérieur, chercheuse ou chercheur, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • ISANS : Passerelle, orientation et voies d'accès pour 13 professions de la santé (Nouvelle-Écosse) [en anglais] • Voie d'accès pour le PIFE à Sunnybrook (Ontario) [en anglais] • Practice Ready Assessment Program (Nouvelle-Écosse) [en anglais] • Programme NICHE (Nouvelle-Écosse) [en anglais] • Répertoire de médecins de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse) [en anglais] • Programmes d'incitatifs pour les médecins de l'Atlantique (Nouvelle-Écosse) [en anglais] • Postes de résidence (Colombie-Britannique [en anglais], Saskatchewan [en anglais], Québec, Terre-Neuve-et-Labrador [en anglais]) • Programme de résidence pour personnel infirmier (Canada) • Octroi du permis d'exercice (Ontario, Manitoba [en anglais], Nouvelle-Écosse, Canada) • Programmes de transition (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba) [en anglais] • Reconnaissance des titres de compétence (Canada)
<p>3. Créer des politiques et procédures contre le racisme et l'oppression.</p>	<p>L'offre de lieux de travail réputés pour valoriser et promouvoir l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) ainsi que les</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que le PSFE prenne conscience des mécanismes et du soutien en place pour signaler le racisme et l'oppression, encourager les signalements et leur donner suite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liste de contrôle de l'employeur pour le personnel de santé formé à l'étranger (Canada) • Lieux de travail accueillants Trousse d'outils pour RH sur les initiatives en milieu de travail (Nouvelle-Écosse) [en anglais]

Élément important	Raison de son importance – facteurs influençant la décision de déménager et de rester	Considérations stratégiques connexes	Programmes / pratiques / ressources
	politiques et pratiques contre le racisme et l'oppression.	<ul style="list-style-type: none"> Garantir un cycle régulier de revue et d'action lié aux sondages sur la mobilisation du personnel. Inclure le PSFE dans l'élaboration de politiques, de procédures, de programmes et de formation en matière d'EDI au travail. Offrir une formation sur la compétence culturelle à tous les employeurs et le personnel qui travaille avec des collègues formés à l'étranger. Favoriser l'accès équitable aux occasions de résidence, aux stages, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Black Health Education Collaborative : Manuel de la santé des personnes noires (Canada) [en anglais] Équité, diversité et inclusion (Colombie-Britannique, Nouvelle-Écosse) [en anglais] Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) : Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en Formation de littératie sur les soins de santé essentiels et le racisme pour les prestataires de services [en anglais]
4. Offrir du mentorat et de la supervision* .	L'offre de soutien personnalisé (entre pairs) <u>et</u> de supervision (pratique supervisée).	<ul style="list-style-type: none"> Réserver du temps au mentorat (pendant au moins 18 mois). Encourager le perfectionnement de compétences techniques, cliniques et générales. Offrir un environnement sécuritaire et favorable à la croissance et au perfectionnement en continu. Offrir des programmes de mentorat propres à la profession. Offrir à tout le PSFE des programmes de soutien par des pairs ayant si possible des expériences similaires. Permettre au PSFE de travailler et d'être évalué (supervisé) en même temps pour faciliter la préparation à la pratique. Envisager des postes comme celui d'assistante ou d'assistant clinique pour faciliter l'expérience et améliorer les voies d'accès à la pratique. 	<ul style="list-style-type: none"> Le Welcome Collaborative : Programme d'orientation pour les médecins formés à l'étranger (Nouvelle-Écosse) [en anglais] Programme de partenariat en matière d'Expérience d'exercice infirmier sous supervision (Ontario) Nova Scotia Internationally Educated Nurses Network (Nouvelle-Écosse) [en anglais] Programme de mentorat de Doctors Manitoba (Manitoba) [en anglais] Groupes de ressources pour le personnel (Ontario) [en anglais] Mentorat et soutien par les pairs (Peer Support Canada) [en anglais] Programme de mentorat du personnel infirmier formé à l'étranger de l'ACESI (Canada) Pan-Canadian Association for Nurses of African Descent (Canada) [en anglais] Programme de mentorat professionnel d'ISANS

Élément important	Raison de son importance – facteurs influençant la décision de déménager et de rester	Considérations stratégiques connexes	Programmes / pratiques / ressources
			<ul style="list-style-type: none"> • Pan-Canadian Association for Nurses of African Descent (Canada) [en anglais] • CARE Centre for Internationally Educated Nurses (Ontario) [en anglais]
<p>5. Mettre en place des aides à l'intégration et aux ressources humaines.</p>	<p>L'offre de soutien à l'intégration et de formation continue, en plus d'occasions de progression et de perfectionnement professionnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir de la formation sur le système de soins de santé canadien. • Éduquer sur les normes au travail, y compris le rôle des syndicats. • Mener des entrevues de fidélisation et des entrevues de départ. • Contribuer au perfectionnement professionnel en continu, surtout en ce qui a trait aux compétences de communication interprofessionnelle. • Satisfaire aux besoins religieux. • Offrir des services d'interprétation et de traduction. • Appuyer le PSFE dans des postes de direction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique interprofessionnelle et apprentissage (N.-É.) [en anglais] • Liste de contrôle de l'employeur pour le personnel de santé formé à l'étranger (Canada) • TeamSTEPPS Canada
<p>6. Offrir du soutien à l'installation et des services d'orientation (communauté et employeur)*.</p>	<p>L'offre d'aide locale et professionnelle pour l'établissement, l'orientation et les besoins de base des familles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des programmes et des conseils pour faire découvrir la culture canadienne avant l'arrivée au pays. • Offrir du soutien global en liant le PSFE à la communauté et à l'employeur par des agences et organismes locaux et multipartenaires en ce qui concerne les besoins essentiels comme le logement, la garde d'enfants, la scolarité et le transport. • Tirer profit des programmes d'orientation provinciaux et en immigration (échelle municipale). • Collaborer avec des commissions du logement pour faciliter la recherche d'hébergements. • Améliorer la collaboration intra et intersectorielle par une politique conçue conjointement. 	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariat local en matière d'immigration (Canada) • Immigrant Services Association of Nova Scotia (Nouvelle-Écosse) • Association pour nouveaux arrivants au Canada (Île-du-Prince-Édouard) • Intervenantes-pivots et intervenants-pivots communautaires de l'Î.-P.-É. [en anglais] • Occasions d'initiatives par les agences de services d'établissement du Réseau N4 • Association for New Canadians (Terre-Neuve-et-Labrador) [en anglais]

Élément important	Raison de son importance – facteurs influençant la décision de déménager et de rester	Considérations stratégiques connexes	Programmes / pratiques / ressources
			<ul style="list-style-type: none"> • Programme ThriveNB (Nouveau-Brunswick) • Services de navigation dans plusieurs provinces du Réseau N4
<p>7. Établir des liens avec les aides communautaires (famille, finances, santé mentale et bien-être, etc.)*.</p>	<p>Des initiatives provinciales, territoriales et locales contribuant à accueillir les personnes, à les aider à tisser des liens avec la communauté et à favoriser l'intégration.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir des événements d'accueil communautaire par le biais d'organisations communautaires locales (programmes de financement) pour aider le nouveau PSFE à tisser des liens. • Offrir de l'aide axée sur les familles. • Offrir de la formation axée sur la sensibilisation à la santé mentale et les stratégies de réduction de l'épuisement professionnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Immigrant Services Association of Nova Scotia (Nouvelle-Écosse) • Fondations communautaires du Canada (Canada) • Fonds de prêts de carrière aux immigrants de l'Atlantique (par le biais de l'ISANS) • Services d'accueil du YMCA (Alberta)
<p>8. Mettre en place du soutien et de l'encadrement en régions rurales et éloignées.</p>	<p>L'offre de services, d'occasions de formation et de programmes, provinciaux, territoriaux et locaux qui répondent aux besoins en santé des communautés rurales et éloignées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser les liens avec les grands centres et les domaines de spécialité par des visites mobiles ou des visites alternées de spécialistes et de prestataires de services spécialisés. • Offrir du soutien supplémentaire et de la formation sur la sécurisation culturelle autochtone au PSFE intégrant des milieux ruraux et éloignés. • Offrir des options de transport fiables et abordables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Talent Beyond Boundaries (Nouveau-Brunswick) [en anglais] • Rural Retention Program (Colombie-Britannique) [en anglais] • Canadian Alliance of Nurse Educators Using Simulation: CAN-SIM [en anglais] • Norme de pratique de la sécurisation culturelle (Colombie-Britannique, Yukon) [en anglais] • Programme et formation sur la sécurité culturelle autochtone (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario et Nouvelle-Écosse) [en anglais] • Programme d'entraide du service des urgences

Mise en œuvre : une approche multisectorielle

Après revue des données probantes disponibles sur la rétention du PSFE et discussions avec les personnes présentes au laboratoire des politiques ainsi que les interlocutrices et interlocuteurs clés, il apparaît clairement qu'il faudrait adopter une approche multisectorielle et collaborative pour aborder les huit recommandations principales. Cette approche nécessiterait de rassembler non seulement plusieurs paliers de gouvernement (municipal, régional, provincial, fédéral, etc.), mais aussi différents secteurs (santé, logement, immigration, éducation, etc.), chacun ayant un degré différent de responsabilité et d'autorité quant aux divers domaines d'action politique.

Les principales relations suivantes pour la collaboration multisectorielle ont été relevées lors d'entrevues avec les interlocutrices et interlocuteurs clés :

- Partenariats entre prestataires de soins de santé, organismes communautaires et organismes d'aide à l'établissement pour répondre à des besoins précis.
- Partenariats entre employeurs et organismes d'aide à l'établissement pour répondre aux besoins en matière de logement et d'emploi.
- Partenariats entre les gouvernements, les employeurs et les collèges à l'appui de stratégies efficaces en milieu de travail.

Le PSFE interagit avec plusieurs organismes et paliers de gouvernement dans son parcours d'emploi et d'intégration au Canada. Les échéances, les exigences et les éléments administratifs peuvent être complexes. On nous a dit que la mise en place de processus efficaces pour coordonner les exigences associées à l'emploi et à l'intégration au Canada peut optimiser l'expérience et, ultimement, la rétention. Les relations locales et régionales permettant de mieux coordonner et gérer l'éventail de besoins d'établissement du PSFE étaient aussi essentielles à la rétention.

Exemples de ressources suggérées pour l'application des considérations stratégiques

1. [World Education Services \(WES\)](#) met régulièrement à jour son sommaire des [initiatives provinciales](#) [en anglais] (politiques, programmes, dispositions législatives, etc.) utiles au PSFE. WES est une entreprise sociale à but non lucratif qui favorise l'inclusion éducationnelle, économique et sociale des personnes immigrantes et réfugiées ainsi que des étudiantes et étudiants internationaux. Le dernier rapport a été publié en **mai 2024**.
2. [WES](#) a rédigé un [rapport sommaire des résultats d'un sondage](#) [en anglais] auprès de 758 membres du PIFE en Ontario concernant leur statut d'immatriculation, leur emploi et l'utilisation de leurs compétences de soins infirmiers. Le rapport devait contribuer à l'élaboration de solutions stratégiques efficaces pour le PIFE; il a été publié en **mars 2024**.
3. Le soutien pour les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger (synonyme de PSFE), les organisations d'aide et les employeurs sont souvent mis au courant des changements par le [Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants \(N4\)](#). Le Réseau N4 est un réseau national pour la diversité des prestataires qui aide les personnes nouvellement arrivées au Canada à naviguer dans les systèmes de soins de santé et de services sociaux du pays. Lancé en **février 2024**, le [Centre de ressources du PSFE](#) est une plateforme complète qui fournit des ressources, des outils, des rapports et une liste actualisée de soutiens au PSFE et aux employeurs.
4. [Santé Canada](#) a élaboré la [Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers](#) pour améliorer la vie professionnelle du personnel infirmier au Canada et contribuer à sa rétention. Cette boîte à outils se décline en huit grands thèmes qui affectent le quotidien du personnel infirmier; elle a été publiée en **mars 2024**.

Considérations stratégiques pour la rétention du personnel de santé formé à l'étranger

Aperçu

Ces considérations stratégiques sur la rétention et l'intégration du personnel de santé formé à l'étranger (PSFE) au Canada ont été rédigées principalement pour les décisionnaires en soins de santé, notamment les leaders du système de santé et les responsables des politiques à l'échelle du système. Elles ont été élaborées dans le cadre d'un laboratoire de politiques en janvier 2024, en collaboration avec des membres du PSFE, des responsables des politiques, des leaders communautaires, des chercheuses et chercheurs, des spécialistes du domaine, des patientes et patients partenaires et des représentantes et représentants d'associations professionnelles et d'organismes de réglementation. Les considérations ont vu le jour en réponse aux besoins cernés dans les provinces de l'Atlantique; toutefois, elles pourront étayer les réponses stratégiques de tous les gouvernements au Canada. Les considérations stratégiques du présent rapport concernent les parties prenantes suivantes : différents paliers de gouvernement, autorités régionales de la santé, associations et collègues professionnels, établissements de formation, organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, PSFE, régions sanitaires, syndicats, recruteurs, organisations communautaires (par exemple, services d'immigration et groupes de revendication) et employeurs privés et publics.

Contexte

Pénurie de main-d'œuvre en santé

Il est essentiel de tenir compte de la rétention du PSFE dans le contexte préoccupant de la pénurie de main-d'œuvre et de la mauvaise répartition des effectifs¹. Au Canada, les longues attentes à l'urgence, les séjours de plus en plus longs,² la variabilité de l'accès aux prestataires de soins primaires³ et l'allongement des listes d'attentes pour les interventions chirurgicales témoignent des problèmes relevant de la pérennité du système de soins de santé. Ces problèmes sont en partie liés à la pénurie de main-d'œuvre et à la mauvaise répartition des effectifs (par exemple, la répartition de prestataires de soins de santé dans les populations mal desservies au pays). De plus, de nombreux pays, dont le Canada, doivent concilier des pénuries actuelles et projetées de personnel de santé. Par exemple, ici même, le manque d'effectif contribue au fait que 6,5 millions de personnes n'ont pas accès à une ou un prestataire de soins de santé régulier⁴.

Le recrutement de PSFE est une priorité partout au Canada. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont engagés à adopter des stratégies communes et distinctes pour faciliter l'octroi de permis d'exercice, réduire les obstacles financiers, participer au recrutement éthique d'autres pays et exploiter les voies d'accès à l'immigration pour les principales professions de santé cherchant à intégrer la main-d'œuvre en santé canadienne^{5,6,7}. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique qu'en 2022, le personnel infirmier formé à l'étranger (PIFE) représentait 64 % de l'augmentation nette d'infirmières et d'infirmiers autorisés, par rapport à 19 % en 2021⁸. Les données de l'ICIS montrent aussi qu'en 2022 seulement, 27 % des médecins et 34,6 % des pharmaciennes et pharmaciens travaillant au Canada avaient reçu leur formation à l'étranger⁹. La croissance du PSFE au Canada s'accompagne de lacunes stratégiques en lien avec sa rétention, notamment du soutien au personnel et à sa famille, de la formation sur la géographie du Canada et de la reconnaissance et des récompenses. Pour maintenir une main-d'œuvre en santé formée à l'étranger qui soit stable, bien intégrée et appuyée, des mesures stratégiques de rétention peuvent être complémentaires à la mise en œuvre de stratégies de recrutement.

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers anticipe une pénurie de 117 600 infirmières et infirmiers au Canada d'ici 2030¹⁰. Dans son rapport, *Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada*, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes prévoit un manque d'environ 78 000 médecins et de 117 600 infirmières et infirmiers d'ici 2030¹¹. D'autres prestataires de soins de santé devraient aussi manquer, comme les dentistes, les spécialistes de laboratoires médicaux, les ergothérapeutes et les pharmaciennes et pharmaciens¹². Plusieurs autres professions, comme les spécialistes de la gestion de l'information sur la santé et les conseillères et conseillers en génétique, ont connu une baisse de leurs effectifs entre 2020 et 2021⁸.

L'enjeu n'est pas propre au Canada; la forte pénurie en santé se fait ressentir partout dans le monde. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) prévoit une pénurie de main-d'œuvre en santé de 10 millions de personnes d'ici 2030*, l'Afrique, la Méditerranée orientale et le Moyen-Orient connaissant une pénurie importante associée à une augmentation de la demande en services¹³.

* Pour s'attaquer à la situation, l'OMS a publié *S'engager pour la santé : projet de plan d'action 2022-2030*, dans lequel il souligne un ensemble d'actions claires visant à investir davantage dans l'éducation, l'emploi et la protection du personnel de santé à l'horizon 2030 (OMS, 2022).

Considérations liées à l'équité

L'expérience du PSFE racisé témoigne d'enjeux d'équité^{14, 15}. On observe une hausse du nombre d'infirmières et d'infirmiers formés à l'étranger originaires de pays comme les Philippines et l'Inde, qui font l'objet de déqualification et de sous-utilisation en raison du racisme et du sexisme dans des pays d'arrivée comme le Canada^{16, 17}.

Les membres du personnel de santé qui s'identifient comme des personnes noires sont souvent sous-représentés tant dans les programmes de formation au Canada qu'au sein de l'effectif[†]. Ils signalent également du racisme au sein de leur pratique^{18, 19}. Jefferies (2022) a constaté que le personnel infirmier noir est traité différemment et est victime d'abus verbal raciste (par exemple, des patientes et patients ne veulent pas se faire soigner par des mains « noires ») au Canada²⁰. Similairement, dans une étude ethnographique sur les expériences du personnel infirmier étranger en Nouvelle-Écosse, Nourpanah (2019) souligne la discrimination vécue dans un environnement de travail hostile et de plus en plus précaire²¹. Ewers et ses collègues (2022) laissent entendre qu'un effectif diversifié au Canada renforcerait le recrutement et la rétention de prestataires de soins de santé racisés grâce à l'augmentation des occasions de mentorat, de soutien par les pairs, de formation du corps professoral et de révision du programme¹⁹. Hassen et ses collègues (2021) proposent aussi une adaptation des interventions de lutte contre le racisme dans le secteur de la santé et la création de programmes de promotion de mesures contre le racisme, conjointement à une prise de décisions transparente et à des relations et une collaboration authentiques avec le PSFE racisé²². On ne dispose que de données probantes limitées sur l'expérience professionnelle et personnelle du PSFE racisé au pays. Bien qu'il existe des données sur le nombre de membres du PSFE et leur répartition géographique au Canada, leurs domaines d'études, leur catégorie d'immigration, les langues qu'ils parlent, leur groupe de population et leurs autres caractéristiques sociodémographiques, elles ne fournissent^{8,23,39} qu'un portrait partiel de la situation; l'ajout de données sur l'expérience du PSFE permettrait de mieux comprendre les facteurs qui favorisent sa rétention.

† Plusieurs provinces et territoires du Canada ont mis en place des mesures améliorant les autres options de carrière pour les DMFE – comme l'assistance aux médecins et l'assistance en chirurgie –, qui peuvent servir de tremplins vers le permis d'exercice (Internationally Trained Physicians Access Coalition, sans date).

Communautés rurales et éloignées

Le Canada fait face à des modèles de soins et des approches de dotation du Canada inadéquat et non pérennes, sans parler de la mauvaise répartition de l'effectif et des iniquités^{12,24,‡,§}. Par exemple, pendant que le pays se heurte à divers degrés de pénurie, les communautés rurales et éloignées ont de la difficulté à attirer et à maintenir à l'emploi du personnel de la santé, y compris du personnel formé à l'étranger^{25,26,27,28}. Cela vaut particulièrement pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis rurales et éloignées, où l'accès aux ressources de soins de santé est inéquitable²⁹. Le recrutement et la rétention de prestataires de soins de santé, y compris le PSFE, dans ces localités sont souvent stimulés par des incitatifs (par exemple, des ententes de service exigeant un exercice dans une certaine région une fois la formation terminée) et des stratégies d'intégration à la communauté pour la promotion du style de vie rural^{26, 30}. Parallèlement, ces défis sont aussi à la base d'approches locales innovantes pour appuyer le recrutement et la rétention dans des communautés rurales, éloignées et nordiques, comme l'établissement de conseils de pratique infirmière, la collaboration à une « feuille de route » pour renforcer la main-d'œuvre en santé du Nunavut et la création de postes en médecine permanents à temps partiel pour favoriser la conciliation travail-famille³¹. Les autres éléments influant l'offre de médecins, formés ici ou à l'étranger, sont centrés sur l'équité et la transparence à propos des communautés, y compris les possibilités pour les partenaires et la famille (par exemple, l'emploi, les loisirs et l'éducation)³². Cet aspect est réitéré par Mowat et ses collègues (2017), qui soulignent que les programmes d'intégration, l'établissement d'un réseau social dans la communauté et les programmes de mentorat sont essentiels à la rétention de PSFE dans les communautés rurales.³³

Sécurité des patients et qualité des soins

L'amélioration des ressources humaines en santé est une stratégie importante pour la prestation de soins sûrs. Il existe une corrélation entre les heures supplémentaires, les heures de congés maladie, les heures achetées et la hausse des préjudices en milieu hospitalier³⁴. Bien des régions se sont donné pour priorité de réussir le recrutement et la rétention des professionnelles et professionnels de la santé, y compris le PSFE. Toutefois, il faut trouver un

‡ Le gouvernement de la Colombie-Britannique a récemment annoncé l'octroi de 12 millions de dollars de bourses pour aider le PIFE avec l'immatriculation et les examens. L'Ontario permet désormais l'inscription à un cours temporaire pour faciliter l'embauche pendant le processus d'immatriculation²⁴.
§. Par exemple, en 2017, le nord de l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut avaient le plus bas nombre de médecins de famille pour 10 000 personnes¹⁸, alors que d'autres régions nordiques, comme le Nunavik au Québec, avaient le plus haut taux (32 pour 10 000 personnes). De plus, beaucoup de régions dans l'ouest du pays affichaient le plus bas nombre d'infirmières et infirmiers pour 10 000 personnes la même année¹⁸, alors que le Yukon, le nord du Québec et plusieurs régions de l'Ontario et des Maritimes affichaient le plus grand nombre par personne.

juste milieu entre l'accélération des processus pour répondre aux besoins de recrutement et l'évaluation visant à déterminer si le PSFE est prêt à exercer sécuritairement. Parallèlement, un équilibre doit être trouvé entre la protection continue de la sécurité des patients et de la qualité des soins et le désir d'accélérer les processus pour répondre efficacement aux besoins de recrutement. Autant le PSFE que les patientes et patients pourront profiter d'une meilleure compréhension des compétences et de l'alignement des programmes de formation de différents pays. Dans cette optique, les provinces et territoires visent à simplifier les processus d'octroi de permis, à encourager la préparation à l'exercice et à permettre de travailler pleinement dans son champ de compétence, ce qui apaisera la crise des ressources humaines en santé.

Profil de la main-d'œuvre en santé au Canada et du PSFE

Main-d'œuvre en santé au Canada

Au Canada, la main-d'œuvre en santé est principalement composée de médecins, d'infirmières et infirmiers réglementés (personnel infirmier praticien, personnel infirmier autorisé, personnel infirmier auxiliaire autorisé et personnel infirmier psychiatrique autorisé) et de pharmaciennes et pharmaciens. En 2021, le nombre de médecins, de membres du personnel infirmier réglementé et de pharmaciennes et pharmaciens a augmenté de 2 %, de 2,4 % et de 2,6 % respectivement par rapport à 2020. Ce sont les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens qui ont connu la plus haute augmentation en un an (10,7 %) et les médecins de famille, la plus faible (1,2 %). Sur une période de 10 ans, la variation annuelle de l'offre différait selon la profession de la santé. Alors que les médecins de famille ont connu une faible hausse, les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens ont connu une forte hausse stable⁸.

Des 255 165 membres du personnel infirmier autorisé au Canada en 2022, 64 % travaillaient à temps plein. Le personnel infirmier formé à l'étranger représentait 64 % de l'augmentation nette du nombre d'infirmières autorisées et d'infirmiers autorisés, par rapport à 19 % en 2021³⁵. Des 96 020 médecins au Canada en 2022, 27 % avaient reçu une formation à l'étranger. Ces médecins ont suivi une formation en médecine de famille (31 %), en médecine spécialisée (25 %) ou en chirurgie spécialisée (16 %). Pour finir, 46 699 pharmaciennes et pharmaciens ont reçu leur permis d'exercice au Canada en 2022, et 34,6 % avaient reçu leur formation à l'étranger³⁶.

Le PSFE au Canada

Pour comprendre les besoins du PSFE, il est intéressant de tenir compte du profil sociodémographique actuel et de la répartition des professions au pays. En 2021, le Canada comptait 259 695 membres du PSFE entre 18 et 64 ans. La majorité de ces personnes étaient des femmes âgées de moins de 50 ans, et vivaient en Ontario, en Colombie-Britannique ou en Alberta. Parmi les personnes à l'embauche, 58 % occupaient des postes en santé. La plupart

ont étudié en soins infirmiers (69 %) ou en médecine (67 %). Le plus haut pourcentage de PSFE employé dans le domaine se trouvait à Terre-Neuve-et-Labrador (74 %), en Nouvelle-Écosse (68 %) et en Saskatchewan (67 %) ³⁶.

Les pays d'accueil comme le Canada peuvent adopter diverses stratégies pour améliorer l'offre locale de prestataires de soins de santé, notamment la compréhension et l'exploitation de la main-d'œuvre potentielle déjà au pays. Pour ce faire, ils peuvent notamment envisager de faire appel à tout le PSFE ayant déjà emménagé au Canada sans avoir été préalablement recruté par un employeur, ou n'ayant pas un emploi correspondant pleinement à son niveau de formation. Dans cette situation, il est important de considérer le vécu des membres du personnel en ce qui a trait à la sous-utilisation, à la déqualification, au sous-emploi et au chômage. Bien qu'il y ait des lacunes dans la littérature sur la sous-utilisation du PSFE au Canada ^{37, 38}, des données émergentes pointent vers la réalité du chômage et du sous-emploi. Selon le recensement canadien de 2021, le pays comptait environ 300 000 professionnelles et professionnels de santé formés à l'étranger. Cependant, Frank et ses collègues (2023) ont conclu qu'en 2021, près de la moitié du PSFE hautement qualifié n'utilisait pas son plein potentiel ³⁹, par rapport à 28 % des personnes nées au Canada et à 33 % des personnes immigrantes formées ici ³⁹. Plusieurs autrices et auteurs mentionnent les obstacles à l'immatriculation, les préoccupations financières et l'incapacité à trouver un emploi dans sa profession ^{40,41,42}. Certaines personnes diplômées de médecine à l'étranger poursuivent d'autres carrières après s'être heurtées aux difficultés de l'octroi de permis d'exercice au Canada ⁴³. D'autres soulignent le « gaspillage » de ressources humaines hautement qualifiées ⁴² ainsi que la nécessité de changer les politiques pour appuyer le PSFE ⁴⁰. Frank et ses collègues (2023) précisent qu'il faut plus de recherche et de données récentes pour comprendre la portée et la nature de la sous-utilisation ³⁹, ce qui facilitera la planification et l'adoption de mesures stratégiques nécessaires à la reconstruction d'un effectif de santé équitable au Canada ⁴⁴.

Il existe diverses solutions pour aider le PSFE à intégrer le système de santé canadien, par exemple l'offre de formation continue, l'accélération des processus d'immatriculation ou l'amélioration des services d'intégration ^{38, 42}. L'Internationally Trained Physicians Access Coalition (2023) note que l'effectif bénéficierait de l'amélioration de l'évaluation de préparation à l'exercice pour les diplômées et diplômés de médecine à l'étranger, d'un accès plus équitable à la résidence et de la création d'un intitulé de poste d'assistance clinique pour faciliter les voies d'accès à la pratique ⁴⁵. Salami et ses collègues (2018) soutiennent que beaucoup d'infirmières et d'infirmiers autorisés formés à l'étranger trouvent des postes d'auxiliaires et soulignent la nécessité de changements des politiques pour permettre à ces personnes de gravir les échelons ⁴¹.

Définitions

Personnel de santé formé à l'étranger (PSFE) – Il s'agit de la définition à utiliser pour le laboratoire des politiques. Ce terme englobe les médecins, le personnel infirmier et les diplômées et diplômés en médecine formés à l'étranger, et est synonyme de « professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger ».

Professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger – Statistique Canada les définit comme des « immigrants reçus » ayant obtenu un certificat, un diplôme ou un grade d'études postsecondaires à l'extérieur du Canada dans un domaine d'études de la santé et qui ont déclaré qu'il s'agissait de leur plus haut certificat, diplôme ou grade. Les personnes ayant la résidence temporaire et les personnes nées au Canada ayant reçu leur plus haut certificat, diplôme ou grade dans le domaine de la santé dans un pays étranger ont été exclues.

Médecins formés à l'étranger (MFE) – Médecins ayant immigré au Canada.

Personnel infirmier formé à l'étranger (PIFE) – Infirmières et infirmiers ayant immigré au Canada.

Diplômées et diplômés en médecine formés à l'étranger (DMFE) – Médecins ayant obtenu leur diplôme d'une école de médecine à l'extérieur du pays où ils ou elles souhaitent pratiquer.

Profils du PSFE au Canada

ESC a interrogé sept membres du PSFE et a élaboré six profils (voir l'[Annexe A](#)) pour présenter, de leurs points de vue, les objectifs et les motivations qui les ont menés à se trouver un emploi au Canada, les défis et obstacles qu'ils et elles ont rencontré et leurs suggestions d'améliorations à apporter au processus d'octroi du permis d'exercice et d'embauche. Ces profils reflètent le vécu de cet échantillon de PSFE. Certaines données démographiques ont été changées pour préserver l'anonymat. Il est essentiel de comprendre les expériences du PSFE tout au long de son parcours au Canada pour cerner les solutions stratégiques et les stratégies multisectorielles adaptées à son intégration et sa rétention.

La rétention du PSFE

Il n'existe aucune solution universelle à la crise de la main-d'œuvre en santé. La stratégie de recrutement de PSFE peut amorcer une discussion sur l'éthique, comme certains pays d'origine font eux-mêmes face à des pénuries de personnel en santé. Les efforts déployés par les provinces et territoires du Canada pour accroître leur main-d'œuvre en santé peuvent être facilités par des approches efficaces : des données sur la meilleure manière de retenir le PSFE

grâce aux services d'intégration, la reconnaissance des titres de compétences étrangers, une bonne rémunération et des possibilités de développement professionnel et personnel**.

La recherche, la collecte de données probantes, les entrevues avec les interlocutrices et interlocuteurs clés et la validation lors du laboratoire des politiques nous ont permis de définir les éléments suivants, importants pour l'amélioration de la rétention du PSFE au Canada :

1. Donner une voix au PSFE dans la prise de décisions
2. Faciliter l'obtention du permis d'exercice et des agréments tout en respectant des normes élevées en matière de sécurité, de qualité et de préparation à la pratique.
3. Créer des politiques et procédures contre le racisme et l'oppression
4. Offrir du mentorat et de la supervision
5. Mettre en place des aides à l'intégration et aux ressources humaines
6. Offrir du soutien à l'établissement et des services de navigation (communauté et employeur)
7. Établir des liens avec les aides communautaires (famille, finances, santé mentale et bien-être, etc.)
8. Mettre en place du soutien et de la formation dans les régions rurales et éloignées

De plus, bien que ces huit éléments puissent favoriser l'élaboration de stratégies de rétention de PSFE, de nombreux enjeux systémiques ont été soulevés par les interlocutrices et interlocuteurs clés :

- **Permis d'exercice** : Le processus d'obtention de permis d'exercice est pour le PSFE un défi de taille qui englobe plusieurs facteurs (par exemple, les coûts, l'immigration et l'alignement des processus d'immigration et d'octroi de permis, la langue propre à l'emploi, le temps).
- **Cohésion** : On dispose d'une quantité limitée d'informations sur les pratiques exemplaires et les possibilités d'amélioration de la coordination, notamment une stratégie pancanadienne et une approche de rétention du PSFE.
- **Racisme** : On parle ici autant de racisme systémique vécu sur le lieu de travail que de racisme institutionnel et interpersonnel vécu dans la communauté par le personnel et sa famille.
- **Données** : Il manque de données sur le PSFE et sur sa diversité pour guider les politiques et la prise de décisions.

** Plusieurs facteurs expliquent la pénurie actuelle et imminente. Tout d'abord, la population et la main-d'œuvre en santé du Canada sont vieillissantes. En 2022, environ 18,8 % de la population canadienne avait 65 ans ou plus; elle devrait augmenter de 24 % d'ici les années 2030⁶, ce qui ajoute au besoin de services complexes et fragilise la durabilité du système de soins de santé.

Quelques **partenariats au sein du système** ont également été évoqués en appui à l'élaboration de stratégies multisectorielles pour trouver des solutions de rétention du PSFE. Ils sont associés aux objectifs suivants :

- Répondre aux besoins d'orientation, d'établissement et autres (par exemple, des partenariats entre les prestataires de soins de santé, les organismes d'aide à l'établissement et les communautés).
- Fournir de l'aide au logement et à l'emploi (par exemple, des partenariats entre les employeurs et les organismes d'aide à l'établissement).
- Mettre en place des stratégies efficaces sur le lieu de travail (par exemple, des partenariats entre les gouvernements, les employeurs et les collègues).

Éléments clés

Lors de l'élaboration de solutions stratégiques et de stratégies multisectorielles pour le PSFE, il est important de tenir compte des facteurs suivants, en reconnaissant que différentes aides et structures peuvent être nécessaires pour faciliter l'intégration et la prestation de soins sûrs et de qualité :

- **Le parcours de recrutement du PSFE :**
 - a) Personnes ayant immigré au Canada ou qui sont prêtes à le faire
 - b) Personnes activement recrutées pour venir s'installer au Canada
- **Les types de DMFE :**
 - a) Canadiens et Canadiennes ayant étudié à l'étranger
 - b) Personnes immigrantes arrivant au Canada (avec de l'expérience à l'international)
- **Les types de permis d'exercice (selon la *Loi médicale du Canada*) pour les médecins :**
 - Plein exercice – permis de plein exercice, sans conditions ni restrictions
 - Restrictif – les médecins ont certaines conditions ou restrictions à leur pratique
 - Provisoire – pratique selon des modalités ou des limites

Discussion

L'offre de main-d'œuvre pour fournir des soins sécuritaires et de qualité au Canada est un enjeu nuancé et complexe. Les discussions sur le renforcement de la main-d'œuvre canadienne en santé sont principalement axées sur le recrutement, notamment sur l'exploitation de l'offre locale et le recrutement international, entre autres stratégies. Pour atteindre la stabilité de l'effectif désirée, surtout dans un contexte de rétention de la précieuse ressource en PSFE, il faut se pencher sur la résolution de problèmes systémiques aux processus complexes d'octroi de permis, la sensibilisation et le partage des bonnes pratiques de rétention, la lutte contre le racisme et l'amélioration des systèmes de données. Ces efforts, tout comme l'évaluation des considérations stratégiques, sont facilités par une approche multisectorielle et alignée entre plusieurs partenaires.

L'accroissement de la collaboration des acteurs canadiens du système serait bénéfique à l'élaboration d'options stratégiques de planification de la main-d'œuvre. On pense notamment aux gouvernements, aux associations et collèges professionnels, aux établissements de formation, aux organisations et communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, au PSFE, aux régions sanitaires, aux recruteurs, aux organisations communautaires (par exemple, les services d'immigration et les groupes de revendication) et aux employeurs privés et publics.

La co-conception de politiques est une stratégie émergente d'élaboration pratique et réaliste^{46, 47} qui s'inspire des données de recherche à disposition et des perspectives d'un large éventail de partenaires, mais qui tient également compte du contexte social, économique, politique et culturel, y compris de la race et du genre. Elle permet aussi d'inclure les histoires, les besoins et le vécu des partenaires à l'élaboration et la mise en place de politiques. Après l'élaboration de politiques, l'évaluation des stratégies pour mesurer la réussite reflète également la valeur des partenaires de co-conception.

À quoi voit-on que le PSFE s'est bien intégré au Canada – selon ses dires?

L'un des principaux facteurs de rétention du PSFE est son expérience individuelle de l'épanouissement personnel et professionnel et celle de sa famille.

- Pour que l'intégration soit réussie, les membres du personnel doivent occuper l'emploi désiré et pour lequel ils ont été formés.
- Famille heureuse, vie heureuse – il faut prendre soin de tous les membres de la famille.
- Le PSFE recherche un sentiment d'équité et d'appartenance, il veut savoir que sa famille est soutenue, se sentir valorisé et respecté, voir sa santé mentale encouragée et être impliqué dans la co-conception.

- La réussite se manifeste par un sentiment d'appartenance, par l'équité, par une vie familiale épanouie et par le fait de donner un sens à sa vie.



Approche du laboratoire des politiques

Contexte

Un laboratoire des politiques est un processus collaboratif, structuré, animé et co-conçu. Il vise à rassembler les perspectives d'un éventail de partenaires par une série de séances rapides et répétées pour éclairer un sujet ou un problème stratégique. Il intègre des études et des données probantes aux observations de personnes, d'organismes et de communautés touchées par une politique. Voir l'[Annexe B](#) pour un sommaire des méthodes du laboratoire des politiques

Un laboratoire des politiques portant sur les éléments à considérer pour concevoir des réponses stratégiques pangouvernementales à la rétention du PSFE dans le Canada atlantique s'est déroulé au Nova Scotia Innovation Hub à Halifax, du 29 au 30 janvier 2024.

Le but du laboratoire était de s'inspirer des différentes perspectives des partenaires et, au moyen d'un processus collaboratif, de réviser les données, puis de définir les choix stratégiques innovants et les stratégies multisectorielles qui pourraient contribuer à la rétention du PSFE dans le Canada atlantique. Les objectifs principaux étaient de mieux comprendre les facteurs influençant la rétention du PSFE et de co-concevoir des solutions politiques et des stratégies multisectorielles appropriées.

Pour ce faire, les questions suivantes ont été soulevées :

- Quels sont les éléments clés des solutions politiques, éducatives et réglementaires qui permettent au PSFE d'être bien soutenu et intégré dans le secteur des services de santé?
- Quelles stratégies de travail et pratiques prometteuses soutiennent la rétention à long terme du PSFE?
- Quels sont les autres besoins du PSFE dont il faut tenir compte? Quelles pourraient être les principales sources de soutien pour répondre à ces besoins?
- À quoi ressemble la réussite pour les personnes, le PSFE et les organismes? Quelles premières retombées peut-on observer?

Lors du laboratoire de politiques, la diversité était au rendez-vous : PSFE, responsables des politiques, leaders communautaires, chercheuses et chercheurs, spécialistes du domaine, patientes et patients partenaires et représentantes et représentants d'associations professionnelles et d'organismes de réglementation. Au total, 41 personnes ont participé au laboratoire des politiques en présentiel ou à distance pendant les deux jours. Les quatre provinces de l'Atlantique y étaient représentées.

Résultats du laboratoire des politiques

Une liste de huit éléments principaux des considérations stratégiques pour la rétention du PSFE, tirés des résultats de la revue de la littérature, des analyses des politiques et des entrevues avec les interlocutrices et interlocuteurs clés, a été validée durant le laboratoire. Au moyen d'un processus itératif et de diverses méthodes de facilitation, les participantes et participants au laboratoire des politiques ont relevé plusieurs idées et possibilités de changement pour la rétention du PSFE selon les principaux éléments.

Ce que les personnes participantes disent du laboratoire des politiques

- « J'ai vraiment aimé entendre les perspectives directement du PSFE dans ce genre de contexte. Souvent, on élabore des politiques, et on consulte les personnes concernées après. C'était donc bien de pouvoir collaborer avec elles dès le début! »
- « Les différents récits présentés ont enrichi la conversation. De plus, la présence de personnes ayant un vécu expérientiel a préservé la passion de la discussion; elle a aussi amené des explications rationnelles qui ont été éducatives et intéressantes. Les discussions sur les solutions stratégiques ont été extrêmement constructives. »

Annexe A : Profils et observations du PSFE

Profil 1 : Nouveau médecin formé à l'étranger

Profil démographique :

- Homme, début de la cinquantaine
- Spécialiste avec plus de 20 ans d'expérience en Europe de l'Ouest
- Est venu au Canada pour être avec sa famille
- Vit dans le centre du Canada depuis cinq ans, mais ne travaille pas dans le système de santé

Objectifs et motivations :

- Pratiquer la médecine dans le système de santé canadien
- Occuper un poste correspondant à son expérience
- Avoir des occasions de travailler dans son domaine
- « Vivre dans le respect »

Défis et obstacles :

- Passer un examen qui ne garantit pas une affectation dans le système de santé canadien.
- Son éducation, sa formation et son expérience ne sont pas reconnues.
- Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a une seule catégorie de MFE; il doit occuper un poste subalterne (même si cela ne correspond pas à son expérience).

Cheminement idéal :

- Suivre le même cheminement d'octroi de permis d'exercice que le personnel infirmier, travailler pendant deux ans comme consultant principal, puis recevoir un rapport confirmant sa capacité à travailler indépendamment en tant que médecin, obtenir la certification du Collège royal et occuper un poste.

- Remarque : Pour les MFE (et le PIFE) avec plus de 10 ans d'expérience, offrir un cheminement d'octroi de permis d'exercice différent.

Profil 2 : Médecin établi formé à l'étranger

Profil démographique :

- Homme, mi-quarantaine
- Médecin de famille avec de l'expérience en Europe de l'Ouest
- A emménagé au Canada il y a moins de cinq ans
- Médecin de famille en exercice dans l'Ouest canadien

Objectifs et motivations :

- Appuyer les nouveaux médecins dans l'ouest du Canada en atteignant deux objectifs :
 1. Établir une clinique
 2. Créer un réseau social et des mécanismes de soutien au sein de la communauté
- Donner aux médecins formés à l'étranger l'impression de rejoindre une communauté et de ne pas être isolés

Défis et obstacles :

- Les nouvelles et nouveaux médecins signent un engagement de retour de service de cinq ans, mais les plans pour la suite sont flous.
- Les nouvelles recrues ont besoin de soutien clinique (par exemple, sur le processus d'ouverture d'une clinique).
- La vie professionnelle des MFE n'est pas très flexible et peu difficilement être contrôlée.

Leçons apprises :

- Le réseautage et le soutien sont essentiels à la rétention de MFE au Canada (par exemple, une communauté de pratique).
- La réussite repose sur la revendication et la collaboration avec des partenaires du système (par exemple, les conseils municipaux).
- Il faut permettre aux médecins de famille d'ouvrir leur cabinet selon leurs intérêts et leur spécialité.

Profil 3 : Nouvelle diplômée formée à l'étranger

Profil démographique :

- Femme, début de la trentaine
- Diplômée en médecine formée en Asie du Sud
- A emménagé au Canada avec sa famille il y a moins de cinq ans
- Vit dans le Canada atlantique depuis quatre ans, mais ne travaille pas dans le système de santé

Objectifs et motivations :

- Faire sa résidence en médecine familiale et exercer dans le système de santé canadien.
- Potentiellement travailler aux services d'urgence (elle a de l'expérience internationale en services d'urgence).
- Examen d'évaluation en anglais -> Examen du Conseil médical du Canada -> placement en résidence

Défis et obstacles :

- Il lui est difficile de poser sa candidature pour un emploi dans le domaine médical, car elle n'a pas d'expérience au Canada.
- Les places pour les DMFE sont limitées selon les exigences finales relatives à l'octroi du permis d'exercice (par exemple, une seule place en chirurgie).
- Deux à trois ans d'expérience continue dans un même domaine (par exemple, la pédiatrie) peuvent être requis pour se voir octroyer un permis d'exercice. Par

conséquent, si elle retourne dans son pays, elle brise la continuité.

- « Même si je réussis l'examen, j'ai besoin d'expérience au Canada. C'est sans issue. »

Cheminement idéal :

- Soutien individualisé, y compris des ressources pour la préparation aux examens, options d'examen en présentiel et aide financière
- Augmentation du nombre de places en résidence pour les DMFE et reconnaissance de leur expérience dans d'autres pays
- Offre de postes d'observation bénévoles (par exemple, deux ou trois années en poste), puis proposition d'un examen pratique
- Option de travailler avec une ou un médecin (par exemple, en tant qu'adjointe ou adjoint) de manière à se familiariser avec le système

Profil 4 : Diplômé établi formé à l'étranger

Profil démographique :

- Homme, mi-quarantaine
- Médecin de famille qui a reçu sa formation en Afrique de l'Ouest et au nord-ouest de l'Europe
- A emménagé au Canada pour rejoindre sa femme
- Médecin de famille en exercice dans l'ouest du Canada

Objectifs et motivations :

- Appuyer le recrutement et la rétention de médecins formés à l'étranger au Canada
- Offrir des conseils par le biais de forums locaux et provinciaux sur la rétention des DMFE
- Appuyer les projets provinciaux de réduction du fardeau financier des DMFE
- « Il est temps que le système comprenne ce qu'il faut faire pour retenir les diplômées et diplômés en médecine formés à l'étranger. »

Défis et obstacles :

- Il manque de médecins dans les communautés rurales et éloignées. Beaucoup de médecins formés en zone urbaine ne sont pas préparés au mode de vie rural.
- La plupart des médecins de famille ont une jeune famille, et le système n'est pas prêt à les soutenir.

Leçons apprises :

- Le recrutement n'arrête jamais et il n'est pas aussi important que la rétention. Le besoin en DMFE doit être compris.
- Les communautés jouent un rôle clé dans la rétention des DMFE en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé.
- Il faut des structures claires en soutien à la transition clinique des MFE dans le système de soins de santé.
- La sécurité psychologique et la formation de leadership sont d'importantes stratégies de rétention.

Profil 5 : Nouvelle infirmière formée à l'étranger

Profil démographique :

- Femme, début de la trentaine
- Infirmière formée en Asie du Sud avec trois ans d'expérience dans un hôpital
- A récemment emménagé au Canada, vit dans une zone urbaine et attend que son mari vienne la rejoindre
- Travaille comme assistante de soins continus (avec un permis de travail) dans les domaines des soins à domicile et des soins communautaires dans le Canada atlantique

Objectifs et motivations :

- Passer le NCLEX-RN avant le printemps 2024 et devenir une infirmière autorisée au Canada
- Être infirmière dans le système de soins de santé canadien (préférence pour le milieu hospitalier)
- Devenir résidente permanente du Canada; travailler et vivre au Canada atlantique

Défis et obstacles :

- Le coût de la vie, y compris du transport et de la formation et l'éducation

- Délai avant de devenir résidente permanente au Canada

Cheminement idéal :

- Offrir du soutien émotionnel ainsi que des possibilités de travail et de progression de carrière – « S'ils peuvent nous appuyer, nous pouvons trouver un avenir ici » et « Si nous obtenons un bon soutien, nous pouvons survivre ici ».

Profil 6 : Nouvelle infirmière formée à l'étranger

Profil démographique :

- Femme, mi-trentaine
- Infirmière formée en Asie du Sud avec 10 ans d'expérience dans un hôpital gouvernemental
- A emménagé au Canada en 2020; sa famille l'a rejointe en 2023
- Travaille comme assistante de soins continus dans les domaines des soins à domicile et des soins communautaires dans le Canada atlantique; habite en région rurale

Objectifs et motivations :

- Devenir une infirmière autorisée et travailler dans un milieu hospitalier (de préférence à l'urgence)
- Faire progresser sa carrière et devenir une infirmière praticienne
- Devenir résidente permanente du Canada; travailler et vivre au Canada atlantique

Défis et obstacles :

- En région rurale, ce sont le logement et le transport qui posent le plus problème.
- Délai avant de devenir résidente permanente au Canada

Cheminement idéal :

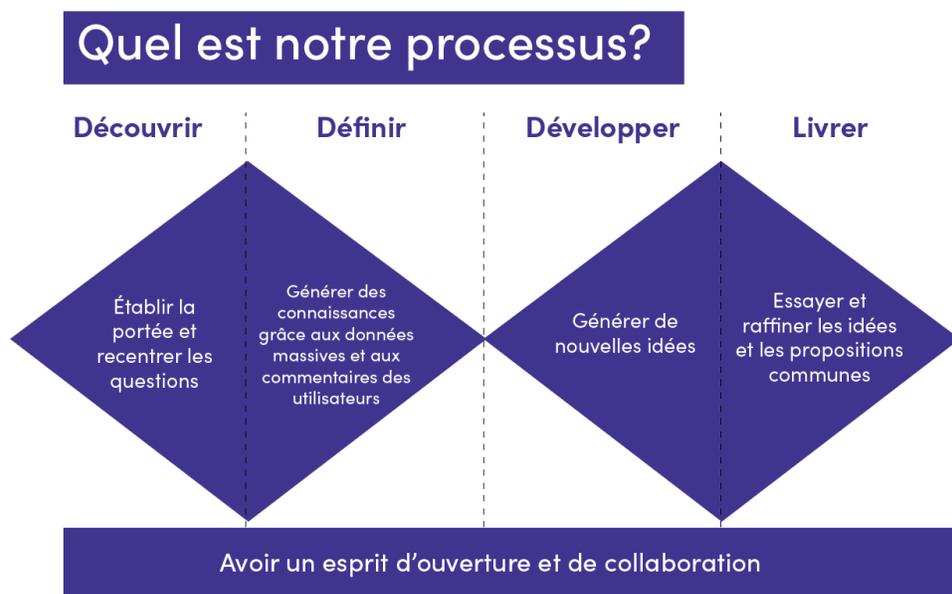
- Faire l'examen de connaissances de l'anglais et le NCLEX-RN, puis devenir résidente permanente
- Avoir sa famille à ses côtés et du soutien émotionnel et professionnel tout au long du parcours d'octroi de permis d'exercice

Annexe B : Méthodologie du laboratoire des politiques

Quarante et une personnes de partout au Canada (38 des provinces de l'Atlantique, deux du centre du pays et une des Prairies) ont collaboré à la conception des considérations stratégiques pour la rétention du personnel de santé formé à l'étranger (PSFE). Le laboratoire des politiques était un événement hybride (participation en personne et en ligne) d'une journée et demie tenu en janvier 2024.

Dans le cadre du laboratoire des politiques, nous avons employé la méthodologie du « double diamant » pour créer des outils stratégiques. Ce processus consiste à placer les gens qui utilisent et appliquent les politiques au centre du processus de conception. Il se fonde sur l'adoption d'approches créatives (y compris une adaptation des outils « Liberating Structures ») pour explorer les questions de façon plus large (ce qu'on appelle aussi la « pensée divergente »), puis se concentrer sur les solutions possibles (la « pensée convergente »). Le laboratoire des politiques hybride a procédé selon une formule conceptuelle systémique, pensée pour que les personnes intervenantes comprennent pleinement le système et ses ressources, de sorte que les politiques soient bonnes pour celles qui les créent, qui les mettent en œuvre et qui en font l'expérience.

Figure 1. Représentation visuelle de la méthodologie du « double diamant » adaptée et popularisée par Design Council (Royaume-Uni)



Adapté de : [Design Framework © U.K. Policy Lab](#), utilisé sous licence de gouvernement ouvert v3.0.

Collecte de données et de preuves : Une analyse documentaire ainsi qu'une analyse des politiques provinciales et territoriales et des politiques internationales sélectionnées ont été effectuées pour mieux comprendre les données, les principaux défis et les solutions stratégiques. Nous avons aussi mené 20 entrevues auprès d'informatrices et d'informateurs clés afin d'approfondir notre compréhension. C'est dans ce contexte que huit occasions et idées de changements ont été élaborées en vue d'être ensuite validées et perfectionnées par les personnes participant au laboratoire.

Une panoplie d'outils et de techniques d'aide ont été utilisés durant la journée et demie du laboratoire visant à élaborer des solutions stratégiques, notamment les activités et [structures libératrices](#) suivantes : partage des espoirs et des craintes, la théorie de résolution créative de problèmes (TRIZ), une conversation-café, le prototypage, la mise sur papier des idées, les présentations et l'exercice [15 % de la solution](#).

La procédure, inspirée de l'approche de résolution créative de problèmes, était la suivante :

1. **Entrevues auprès d'informateurs et d'informatrices clés** : Nous avons mené des entrevues auprès de 20 personnes – notamment du PSFE (nouveau ou établi), des responsables des politiques et des leaders en santé, des leaders d'autorités de la santé du Canada atlantique, des chercheuses et chercheurs, des spécialistes du domaine, des représentantes et représentants de la réglementation et de la communauté – pour savoir ce qu'elles font et ce dont elles ont besoin pour aider le PSFE et mieux comprendre les solutions stratégiques et les stratégies multisectorielles à adopter pour maintenir le PSFE à l'emploi.
2. **Rédaction de profils de PSFE** : Nous nous sommes basés sur les informations obtenues lors des entrevues pour concevoir un ensemble de profils représentant les caractéristiques du PSFE. Pour le PSFE nouvellement arrivé, nous avons déterminé son « cheminement idéal » pour la rétention au Canada. Pour le PSFE établi, nous avons déterminé ce qui encourageait sa rétention au Canada.
3. **Définition d'idées et de possibilités de changement** : Un café-conversation a été organisé pour approfondir les huit idées et possibilités de changement. D'autres idées sont ressorties et sont décrites dans les considérations stratégiques. Les idées et possibilités de changement ont ensuite été évaluées par les participantes et participants au laboratoire des politiques selon une matrice des répercussions et une activité de suffrage (avec Slido). Trois « grandes idées » préliminaires de solutions stratégiques ont ainsi vu le jour.
4. **Prototypage de solutions stratégiques** : Chacune des quatre solutions stratégiques potentielles a été testée au moyen d'un prototype. Les participantes et participants au laboratoire ont ensuite dû transformer ces solutions en actions réalisables. Ils ont également établi les étapes, rôles et responsabilités des partenaires et les échéances associées pour chacune des solutions. L'exercice a permis de corriger certaines incohérences et de trouver

des lacunes, et ainsi de formuler des considérations stratégiques plus rigoureuses et mieux adaptées aux réalités sur le terrain.

Annexe C : Références

- ¹ Walton-Roberts M. The future of health care work and the place of migrant workers within it: Internationally educated nurses in Ontario Canada during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Immigrant & Refugee Studies*. 2023; 21(1):59-72, doi : 10.1080/15562948.2022.2153393
- ² Institut canadien d'information sur la santé. Visites au service d'urgence et durée du séjour selon les données du SNISA. 2023. <https://www.cihi.ca/fr/visites-au-service-durgence-et-duree-du-sejour-selon-les-donnees-du-snisa>
- ³ Statistique Canada. Accès aux soins. 2023. Ottawa : Statistique Canada. Consulté en ligne le 13 décembre 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-570-x/2023001/section3-fra.htm>.
- ⁴ Walton-Roberts M. et coll. Causes, conséquences, and policy responses to the migration of health workers: key findings from India. *Hum Resour Health*. 2017;15(1):28. doi : 10.1186/s12960-017-0199-y. PMID : 28381289; PMCID : PMC5382411.
- ⁵ Gouvernement du Canada. Communiqué FPT : Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et ministres responsables de la santé mentale et de la dépendance. *Santé Canada*, 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2023/10/communiqué-fpt--ministres-federal-provinciaux-et-territoriaux-de-la-sante-et-ministres-responsables-de-la-sante-mentale-et-de-la-consommation-de-su.html>
- ⁶ Gouvernement du Canada. Déclaration fédérale, provinciale et territoriale sur le soutien au personnel de la santé du Canada. 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/declaration-federale-provinciale-territoriale-soutien-personnel.html>
- ⁷ Gouvernement du Canada. Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé au Canada : Accords bilatéraux pour travailler ensemble. 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante/accords-bilateraux-travailler-ensemble.html>
- ⁸ Institut canadien d'information sur la santé. État de la main-d'œuvre de la santé au Canada. 2022. Consulté en ligne le 2 avril 2024. [État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2022 | ICIS](#).
- ⁹ Institut canadien d'information sur la santé. La main-d'œuvre de la santé au Canada : point de mire (y compris le personnel infirmier et les médecins). 2023. Consulté en ligne le

2 avril 2024. <https://www.cihi.ca/fr/la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-point-de-mire-y-compris-le-personnel-infirmier-et-les/regard>

¹⁰ Ahmed H. et I. Bourgeault. Soutenir les soins infirmiers au Canada : Une série de solutions coordonnées fondées sur des données probantes visant à soutenir la main-d'œuvre infirmière maintenant et demain. 2022. Consulté en ligne le 13 décembre 2023. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/11/CHWN-CFNU_Report_Sustaining-Nursing-in-Canada2022_FR_web.pdf

¹¹ Gouvernement du Canada. Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada. Rapport du Comité permanent de la santé. 2023. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté le 23 décembre 2023. <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/441/HESA/Reports/RP12260300/hesarp10/hesarp10-f.pdf>

¹² Académie canadienne des sciences de la santé. Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : Évaluation menée par l'Académie canadienne des sciences de la santé. 2023. Consulté en ligne le 15 novembre 2023. [Évaluation des ressources humaines en santé – Canadian Academy of Health Sciences | Académie canadienne des sciences de la santé](#) (cahs-acss.ca).

¹³ Organisation mondiale de la Santé. S'engager pour la santé : projet de plan d'action 2022-2030. 2022. Consulté le 9 décembre 2023. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_12-fr.pdf

¹⁴ Lee R. et R. Wojtuik. Commentary – transition of internationally educated nurses into practice: What we need to do to evolve as an inclusive profession over the next decade. *Nursing Leadership*. 2021a;34(4):57-64. doi :10.12927/cjnl.2021.26689

¹⁵ Primeau M. D. et coll. Correlates of career satisfaction in internationally educated nurses: A cross-sectional survey-based study. *Int J Nurs Stud*. 2021;117:103899. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2021.103899. Publié en ligne le 6 février 2021. PMID : 33691219.

¹⁶ Bourgeault I. et coll. Hiding in plain sight: the absence of consideration of the gendered dimensions in 'source' country perspectives on health worker migration. *Hum Resour Health* 2021; 19(40). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00571-6>

¹⁷ Walani S. R. Global migration of internationally educated nurses: Experiences of employment discrimination. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2015;3:65-70.

¹⁸ Ewers P., B. A. Khashmelmous et B. Hamilton-Hinch. "Oh, you're my health care provider?" Recounting the experiences of people of African descent in Nova Scotia pursuing or working in health profession. *CMAJ*. 2022;194(42):E1429-E1436. doi : 10.1503/cmaj.212129

- ¹⁹ Mpalirwa J. et coll. Patients, pride, and prejudice: Exploring black Ontarian physicians' experiences of racism and discrimination. *Academic Medicine*. 2020;95(11S):S51-S57. doi : 10.1097/ACM.00000000000003648
- ²⁰ Jefferies K. et coll. Black nurses in the nursing profession in Canada: A scoping review. *Int J Equity Health*. 2022; 21(102). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01673-w>.
- ²¹ Nourpanah S. "Maybe we shouldn't laugh so loud": The hostility and welcome experienced by foreign nurses on temporary work permits in Nova Scotia, Canada. *Labour/Le Travail*. 2019;83:105–120. <https://www.jstor.org/stable/26741323>
- ²² Hassen N. et coll. Implementing anti-racism interventions in healthcare settings: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(6):2993. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062993>.
- ²³ Institut canadien d'information sur la santé. Main-d'œuvre de la santé : Infirmières autorisées. 2017. Consulté le 22 mai 2024. [Infirmières autorisées | ICIS](#).
- ²⁴ Robitaille E. Provinces working to make it easier for internationally educated nurses to work in Canada. *CIC News*. 12 janvier 2023. Consulté le 3 décembre 2023. [Provinces working to make it easier for internationally educated nurses to work in Canada | CIC News](#).
- ²⁵ Gillespie J. Health disparities for Canada's remote and northern residents: Can COVID-19 help level the field? *Bioethical Inquiry*. 2023;20:207–213. <https://doi.org/10.1007/s11673-023-10245-8>.
- ²⁶ Kelly M., N. Brown et V. Esses. Improving the attraction and retention of internationally educated healthcare professionals in small and rural communities. Policy brief. 2022. Ryerson University. Consulté le 1^{er} décembre 2023. [CERC Migration Policy Brief 06 Improving the Attraction and Retention of Internally Educated Healthcare Professionals in Small and Rural Communities](#) (torontomu.ca).
- ²⁷ Wilson R. et J. Rourke. Report card on access to rural health care in Canada. *Rural Remote Health*. 2023;23(1):8108. doi : 10.22605/RRH8108. Publié en ligne le 10 janvier 2023. PMID : 36802686.
- ²⁸ Wilson C. R. et coll. Progress made on access to rural health care in Canada. *Canadian Family Physician*. 2020;66(1):31-36.
- ²⁹ Markham R. et coll. Addressing rural and Indigenous health inequities in Canada through socially accountable health partnerships. *BMJ Open*. 2021;11:e048053. doi : 10.1136/bmjopen-2020-048053
- ³⁰ Koebisch S. H., J. Rix et M. M. Holmes. Recruitment, and retention of healthcare professionals in rural Canada: A systematic review. *Can J Rural Med*. 2020;25(2):67-78. doi : 10.4103/CJRM.CJRM_43_19. PMID : 32235108.

- ³¹ Excellence en santé Canada. Pratiques prometteuses pour la rétention du personnel soignant dans les communautés nordiques, rurales et éloignées. 2023. Ottawa : Excellence en santé Canada. Consulté le 14 mai 2023. <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/ressources/pratiques-prometteuses-pour-la-retention-du-personnel-soignant-dans-les-communautes-nordiques-rurales-et-eloignees/>.
- ³² McIntosh T., R. Torgerson et N. Klassen. The ethical recruitment of internationally educated health professionals: Lessons from abroad and options for Canada. 2007. Consulté le 15 décembre 2023. https://oaresource.library.carleton.ca/cprn/46781_en.pdf.
- ³³ Mowat S., M. Reslerova et J. Sisler. Retention in a 10-year cohort of internationally trained family physicians licensed in Manitoba. *Can J Rural Med.* 2017;22(1):13-19. PMID : 28234604.
- ³⁴ Institut canadien d'information sur la santé. Suivi des mesures liées au milieu de travail. 2023. <https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2022/suivi-des-mesures-liees-au-milieu-de-travail>
- ³⁵ Institut canadien d'information sur la santé. Main-d'œuvre de la santé : Infirmières autorisées. 2024. Consulté le 22 mai 2024. [Infirmières autorisées | ICIS](#).
- ³⁶ Statistique Canada. Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada : renseignements sociodémographiques et répartition professionnelle. 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023008/article/00004-fra.htm>
- ³⁷ Neiterman E., I. L. Bourgeault et C. L. Covell. What do we know and not know about the professional integration of international medical graduates (IMGs) in Canada? *Healthc Policy.* Mai 2017;12(4):18-32. doi : 10.12927/hcpol.2017.25101. PMID : 28617235; PMCID : PMC5473472.
- ³⁸ Wang Y. et coll. Career development of international medical graduates in Canada: status of the unmatched. *Humanit Soc Sci Commun.* 2023;10(38). <https://doi.org/10.1057/s41599-023-01534-z>
- ³⁹ Frank K. et coll. Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada. 2023. Ottawa : Santé Canada. Consulté le 11 décembre 2023. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/health-care-system/health-human-resources/characteristics-labour-market-outcomes-internationally-educated-health-care-professionals-canada/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.pdf>
- ⁴⁰ Crea-Arsenio M., A. Baumann et J. Blythe. The changing profile of the internationally educated nurse workforce: Post-pandemic implications for health human resource planning. *Healthc Manage Forum.* 2023; 36(6):388-392. doi : 10.1177/08404704231198026. Publié en ligne le 31 août 2023. PMID : 37649432; PMCID : PMC10604379.

- ⁴¹ Salami B., S. Meherali et C. L. Covell. Downward occupational mobility of baccalaureate-prepared, internationally educated nurses to licensed practical nurses. *Int Nurs Rev.* 2018;65(2):173-181. doi : 10.1111/inr.12400. Publié en ligne le 8 août 2017. PMID : 28786097.
- ⁴² Turin T. C. et coll. Professional integration of immigrant medical professionals through alternative career pathways: an Internet scan to synthesize the current landscape. *Hum Resour Health.* 2021;19(1):51. doi : 10.1186/s12960-021-00599-8. PMID : 33865402; PMCID : PMC8052743.
- ⁴³ Chowdhury N., D. Lake et T. C. Turin. Choosing Alternative Career Pathways after Immigration: Aspects Internationally Educated Physicians Consider when Narrowing down Non-Physician Career Choices. *Healthcare (Basel).* 2023; 23;11(5):657. doi : 10.3390/healthcare11050657. PMID : 36900662; PMCID : PMC10000568.
- ⁴⁴ World Education Services. Addressing the underutilization of internationally educated health professionals in Canada: What the data does and doesn't tell us. 2022. www.wes.org
- ⁴⁵ Internationally Trained Physicians Coalition. 3 practical measures to integrate internationally trained physicians (ITPs) into Canada's healthcare system. Sans date. Consulté le 8 décembre 2023. [Policy Measures – ITPAC](#).
- ⁴⁶ Slattery P., A. K. Saeri et P. Bragge. Research co-design in health: a rapid overview of reviews. *Health Res Policy Sys.* 2020;18(17). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-0528-9>.
- ⁴⁷ Walker S. et coll. Strategies for enacting health policy codesign: A scoping review and direction for research. *Implementation Science.* 2023;18(44). <https://doi.org/10.1186/s13012-023-01295-y>.