

Parcours des professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger



Partenaires



Le Diversity Institute mène et coordonne des recherches multidisciplinaires et multipartites pour répondre aux besoins de divers Canadiens et Canadiennes, à la nature changeante des aptitudes et des compétences et aux politiques, processus et outils qui font progresser l'inclusion et la réussite économiques. Notre approche axée sur l'action et fondée sur des données probantes fait progresser la connaissance des obstacles complexes auxquels sont confrontés les groupes sous-représentés, oriente les pratiques pour apporter des changements et produire des résultats concrets. Le Diversity Institute est un des responsables de la recherche pour le Centre des compétences futures.



Le Future Skills Centre (FSC) iest un centre de recherche et de collaboration avant-gardiste dédié à stimuler l'innovation dans le développement des compétences afin que l'ensemble de la population du Canada puisse être préparée pour le milieu du travail de l'avenir. Nous travaillons en partenariat avec des responsables de politiques, des chercheuses et chercheurs, des praticiennes et praticiens, des employeurs et des institutions syndicales et postsecondaires pour résoudre les problèmes urgents du marché du travail et veiller à ce que toutes et tous puissent bénéficier d'opportunités pertinentes d'apprentissage tout au long de leur vie. Nous reposons sur un consortium dont les membres sont la Toronto Metropolitan University, Blueprint, le Conference Board du Canada, et nous sommes financés par le Programme Compétences futures du gouvernement du Canada.



Médecins Noirs du Canada unissons les médecins noirs de même que les apprenantes et apprenants en médecine issus de la communauté noire du Canada. Nous les aidons à accéder au leadership, à poursuivre des carrières à vie et à améliorer les systèmes de soins de santé. Ensemble, nous perturbons le racisme systémique dans la médecine envers les personnes noires par l'éducation, l'exercice de la profession médicale, le mentorat et le partenariat, le renforcement des capacités, la recherche et le plaidoyer.



Par conséquent, 'Alliance des infirmières et infirmiers noirs du Canada cherche à favoriser une alliance pancanadienne de leaders infirmiers noirs couvrant l'ensemble du spectre des soins infirmiers. Ces leaders infirmiers noirs favoriseront des relations de mentorat avec les futurs infirmiers et infirmières noirs et les étudiants en soins infirmiers noirs. Ce n'est pas une tâche simple, mais nous sommes déterminés à promouvoir les soins infirmiers au sein de la communauté noire en étant présents à diverses tables et arènes



WES est une entreprise sociale à but non lucratif qui soutient l'inclusion éducative, économique et sociale des immigrants, des réfugiés et des étudiants internationaux aux États-Unis et au Canada. Depuis 50 ans, WES établit la norme en matière d'évaluation des diplômes universitaires internationaux, aidant des millions de personnes à atteindre leurs objectifs académiques et professionnels. Grâce à des décennies d'expérience en tant que leader dans le domaine de l'éducation mondiale, WES a élargi sa mission pour rechercher et accroître l'impact social.

Auteurs

Wendy Cukier

Fondatrice et directrice
académique

Diversity Institute

Directrice des études

Centre des Compétences futures

Betina Borova

Associée de recherche principale

Diversity Institute

Médecins Noirs du Canada

Dr. Shafi Bhuiyan,
PhD, MPH, MBBS, MBA

Associate Professor
and Co-founder

*Clinical Public Health Certificate
Program for IEHPs*
Université de Toronto

Ovie Onagbeboma

Fondatrice et PDG

*'Alliance des infirmières et
infirmiers noirs du Canada*

Contributeurs

Amanda Dale

Chercheuse associée Centre de
recherche et d'enseignement sur
les droits de la personne

Université de Ottawa

Joel Dissanayake

Ancien assistant de recherche
Diversity Institute

Joan Atlin

Directrice principale, Stratégie,
politique et recherche
World Education Services

Bailleur de fonds

Le Centre des Compétences futures — Future Skills

Centre est financé par le Programme Compétences
futures du gouvernement du Canada.

Financée par le programme du
Centre des Compétences futures
du gouvernement du Canada



Les opinions et interprétations contenues dans cette
publication sont celles de l'auteur et ne reflètent pas
nécessairement celles du gouvernement du Canada.

Date de publication : juin 2025

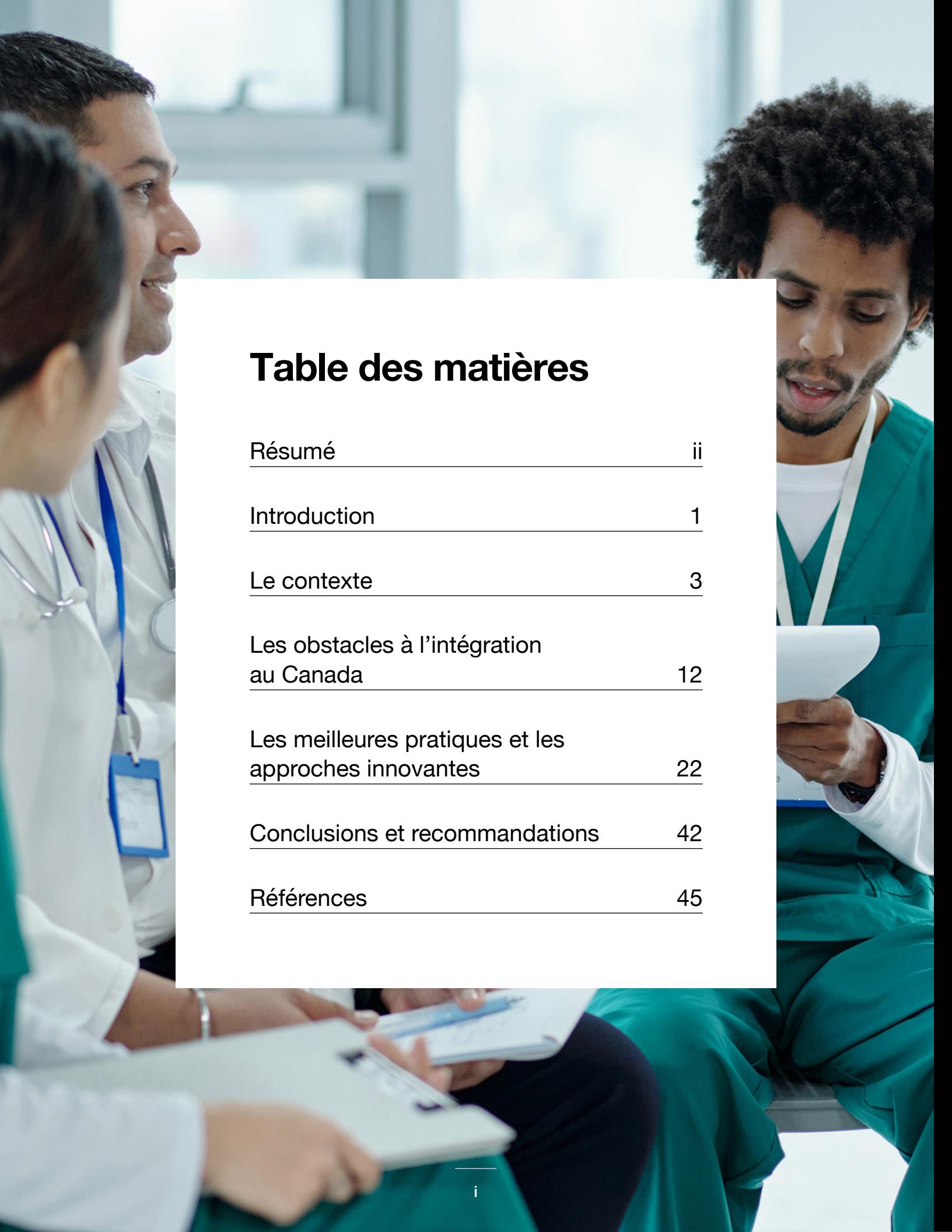


Table des matières

Résumé	ii
Introduction	1
Le contexte	3
Les obstacles à l'intégration au Canada	12
Les meilleures pratiques et les approches innovantes	22
Conclusions et recommandations	42
Références	45

Résumé

Selon l'Organisation mondiale de la santé, il y a une pénurie mondiale de main-d'œuvre en santé. Un Canadien ou une Canadienne sur cinq éprouve déjà cette pénurie n'ayant pas accès à un médecin de famille. Mais les lacunes, les tensions et les pénuries vont bien au-delà des soins médicaux. Cela a de vastes implications pour l'accessibilité, les temps d'attente et la qualité des soins que les gens reçoivent.

Une solution échappe à l'attention générale : l'intégration des professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) dans le système de santé canadien peut atténuer les pénuries de main-d'œuvre et renforcer le rendement global du système.

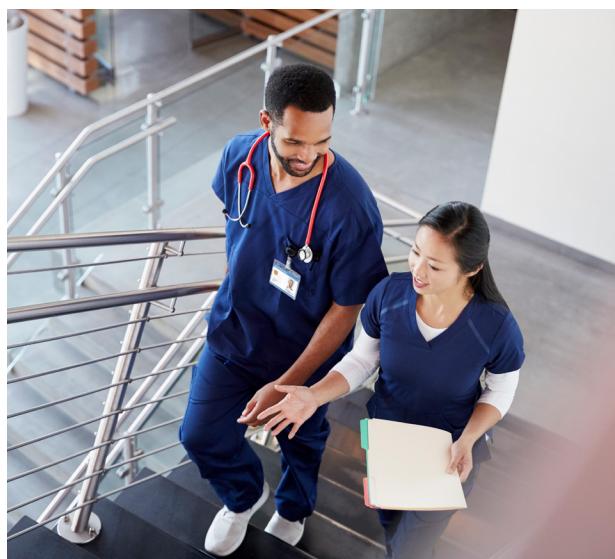
Cependant, l'intégration de ces professionnelles et professionnels, dont le Canada a grandement besoin dans de nombreux domaines de la santé, est entravée par le processus complexe qu'ils doivent endurer pour faire reconnaître leurs compétences. Les exigences obsolètes et contradictoires font partie des obstacles importants qui se dessinent aux niveaux sociétal, organisationnel et individuel.

S'appuyant sur des exemples canadiens et internationaux, ce rapport explore les stratégies efficaces et les pratiques prometteuses pour renforcer la participation des PSFE à la mosaïque des soins de santé au Canada.

Le contexte

En 2021, les PSFE représentaient 13 % des diplômés postsecondaires dans les domaines liés à la santé au Canada. Ces professionnelles et professionnels ont une formation diversifiée, allant des diplômes de premier cycle aux qualifications avancées en médecine, en dentisterie, en pharmacie, en soins infirmiers et dans d'autres domaines.

Malgré les besoins croissants du Canada en matière de soins de santé, les PSFE continuent de rencontrer des obstacles importants pour obtenir un emploi qui correspond à leurs qualifications. Bien que 76 % des PSFE soient à l'emploi, seuls



58 % occupent des postes liés aux soins de santé, et bon nombre occupent des postes qui ne correspondent pas à leur expertise.

Cela survient à un moment où les pénuries de personnel de santé au Canada s'aggravent, entraînant des retards dans les procédures et une baisse de confiance du public. Les zones rurales sont confrontées à de graves pénuries de soins primaires, ce qui souligne le besoin urgent de s'attaquer aux obstacles empêchant les PSFE de contribuer pleinement à la main-d'œuvre.

La comparaison des données canadiennes avec celles de l'OCDE nous donne une idée de la façon dont des pays similaires ayant des exigences différentes en matière de renouvellement de permis se rapprochent de cet objectif. Les expériences du Royaume-Uni, de l'Irlande et de l'Australie fournissent des comparaisons supplémentaires pertinentes et instructives.



*Bien que 76 % des PSFE soient à l'emploi, **seuls 58 %** occupent des postes liés aux soins de santé, et bon nombre occupent **des postes qui ne correspondent pas à leur expertise.***

Les obstacles à l'intégration au Canada

L'intégration des PSFE dans le système de santé canadien est entravée par la multiplication des obstacles aux niveaux sociétal, organisationnel et individuel, et nécessite une approche à plusieurs niveaux.

Au niveau sociétal

La preuve d'une expérience de travail récente, la preuve de fonds pour l'établissement et d'autres exigences peuvent exclure les personnes qualifiées. Au même moment, les permis de travail temporaires restreignent davantage l'intégration professionnelle en limitant les postes professionnels, la mobilité et l'accès au permis d'exercice. Le système de soins de santé décentralisé du Canada entraîne également des politiques, des exigences et des normes incohérentes entre les juridictions.

Les meilleures pratiques mondiales indiquent que le système de santé obtient de meilleurs résultats lorsqu'on élimine ces obstacles. Cependant, le Registre de l'Atlantique, lancé en 2023, démontre que l'innovation est également possible dans le système fédéral canadien. Le registre permet aux médecins titulaires d'un permis d'exercice dans les quatre provinces de l'Atlantique d'exercer dans ces juridictions sans permis additionnel.

Sur cette base, en octobre 2023, les ministres de la Santé (à l'exclusion du Québec) ont approuvé un cadre pancanadien d'octroi de permis pour faciliter la mobilité nationale des médecins. Cela pourrait considérablement améliorer la flexibilité de l'emploi des PSFE et remédier aux pénuries régionales de main-d'œuvre.



En janvier 2024, le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 86 millions de dollars pour aider 15 organisations à rationaliser la reconnaissance des titres de compétences étrangers pour 6 600 PSFE. Cela comprend la simplification des processus d'accréditation, l'offre d'une expérience de travail pertinente avec des soutiens globaux et l'amélioration de l'offre de travailleuses et travailleurs de la santé là où ils sont le plus nécessaires.

Au niveau organisationnel

Des règlementations supplémentaires en matière de permis d'exercice et le manque de pratiques d'emploi cohérentes des PSFE entravent l'intégration des professionnelles et professionnels internationaux dans le milieu du travail. L'absence de mise en œuvre significative de l'équité, de la diversité et de l'inclusion (EDI) laisse place à la discrimination dans l'embauche et la promotion. Les milieux de travail assimilent souvent la familiarité avec les systèmes de soins de santé locaux, les styles de communication et les normes du milieu de travail à la compétence, mettant ainsi à l'écart les compétences et les expériences des spécialistes formés à l'étranger.

Ces problèmes sont associés à des défis spécifiques pour différents postes professionnels. Par exemple, les diplômés internationaux en médecine (DIM) sont confrontés à des possibilités de résidence limitées, à un accès incohérent à un parcours d'obtention de permis plus rationalisé, comme des programmes d'évaluation de la capacité à exercer et à un biais systémique pour l'obtention du permis d'exercice. Les infirmières et infirmiers formés à l'étranger (IFE) font état de racisme, d'un contrôle accru de la part des superviseurs et de processus de recertification coûteux et chronophages. Bien que bien représentés sur le marché du travail, les diplômées et diplômés internationaux en pharmacie (DIP) commencent souvent en occupant des postes de niveau d'entrée et font face à un accès restreint aux stages cliniques et aux emplois en milieu hospitalier.

Plusieurs approches efficaces pour rationaliser les voies d'accès sont prometteuses pour une mise à l'échelle et une mise en œuvre plus vastes.

> **La préparation au permis d'exercice avant l'arrivée** est essentielle pour aider les personnes nouvellement arrivées à comprendre les étapes nécessaires pour retrouver leur statut professionnel au Canada. Des pratiques prometteuses, y compris des conseils avant l'arrivée et des conseils sur les titres de compétences, peuvent informer les PSFE sur leur cheminement de carrière, réduire l'incertitude et permettre de meilleurs résultats en matière d'emploi.

> **Les accords de reconnaissance mutuelle** sont des accords formels par lesquels les organismes de réglementation canadiens acceptent les titres de compétences, les examens et les normes de formation de certaines juridictions internationales comme répondant aux exigences locales. Ces accords facilitent l'entrée dans les professions de la santé réglementées, éliminant



les exigences inutiles de renouvellement de permis pour les PSFE. Ils réduisent les obstacles à l'entrée, réduisent les coûts et les délais de traitement, et favorisent une intégration plus rapide au sein du personnel de la santé.

- > **Les programmes de transition** intègrent l'enseignement en classe à l'apprentissage pratique par le biais de stages cliniques ou de stages pratiques. Cette combinaison est très efficace, car les PSFE qui acquièrent une expérience pertinente dans le milieu de travail au cours du processus d'accréditation sont plus susceptibles d'avoir un emploi après l'obtention du permis. Malgré ces avantages, de nombreux programmes sont confrontés à des difficultés pour obtenir des placements en raison d'engagement limité des employeurs et des incompréhensions sur le niveau de soutien dont les PSFE ont besoin.
- > **Les programmes d'évaluation de la préparation à la pratique** sont des programmes cliniques de 12 semaines qui offrent des évaluations rationalisées et basées sur les compétences pour les DIM qui ont terminé leur résidence et leur pratique indépendante à l'étranger. En permettant de travailler dans le système de santé, ces programmes aident à remédier aux pénuries de médecins dans les communautés mal desservies.
- > **De nouvelles catégories de permis** introduites dans certaines provinces canadiennes permettent aux PSFE d'exercer dans des rôles supervisés tout en remplissant leurs exigences vers le

permis d'exercice. Cette approche leur permet d'acquérir une expérience de travail au Canada et de gagner un revenu pendant le processus d'émission du permis, tout en réduisant les délais d'entrée et en renforçant la capacité du système des soins de santé.

- > **La reconnaissance des titres professionnels** basée sur les compétences offre une voie plus équitable et plus flexible pour obtenir un permis d'exercice en évaluant ce que les PSFE savent et peuvent faire, plutôt que l'endroit où ils ont été formés. Elle évalue si les individus possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour pratiquer de manière sûre et efficace au sein du système de santé canadien. En mettant ainsi l'accent sur la capacité démontrée plutôt que sur l'origine de la formation, l'approche aide à éliminer les obstacles inutiles à l'obtention d'un permis d'exercice et favorise une intégration plus inclusive.
- > **Diminuer les redondances dans les tests de compétence linguistique** est essentiel pour améliorer l'accès au permis d'exercice pour les PSFE. Exiger des examens normalisés répétés crée des obstacles inutiles, y compris des tensions financières et émotionnelles, et peut retarder l'obtention du permis même lorsque les individus ont déjà démontré leur compétence. Pour remédier à ce problème, certains organismes de règlementation ont commencé à accepter les études ou l'expérience professionnelle récentes dans les juridictions anglophones comme une preuve suffisante de compétence linguistique.

Pour soutenir l'intégration des PSFE, l'EDI doit être intégrée dans cinq dimensions clés :

- > **Gouvernance et leadership** — Un leadership diversifié est crucial pour l'élaboration de politiques et de pratiques inclusives.
- > **Ressources humaines** — Le recrutement, le perfectionnement professionnel, les programmes de mentorat et l'orientation à long terme sont essentiels pour une intégration efficace des PSFE.
- > **Culture en milieu de travail** — Une culture inclusive en milieu de travail joue un rôle essentiel dans le soutien des PSFE. Les pratiques axées sur l'équité en milieu de travail favorisent une culture de respect, d'appartenance et de satisfaction au travail. Cela améliore la rétention et l'engagement parmi le personnel provenant de la diversité.
- > **Mesure et suivi des progrès de l'EDI** — C'est essentiel pour assurer la responsabilisation et l'amélioration continue. Les données désagrégées, en particulier celles liées aux PSFE, aident les organisations à adapter leurs interventions pour relever des défis spécifiques et assurer l'équité.
- > **Sensibilisation et élargissement du bassin** — Les employeurs du secteur de la santé peuvent étendre leurs efforts au-delà de la diversité interne en collaborant avec les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation et les organisations communautaires pour améliorer les voies d'accès aux PSFE, augmentant ainsi les possibilités pour ces professionnelles et professionnels d'entrer sur le marché du travail et de réussir.



Au niveau individuel

Au niveau individuel, les PSFE peuvent faire face à des défis liés à la maîtrise de l'anglais ou du français, à des difficultés d'adaptation aux normes culturelles et professionnelles et à la détresse émotionnelle de quitter leur pays d'origine et de reconstruire leur vie dans un nouvel endroit. Beaucoup arrivent au Canada à la recherche de meilleures opportunités pour eux-mêmes et leurs familles, souvent au prix de carrières établies, de réseaux de soutien et de statut social dans leur pays d'origine, ce qui entraîne une tension émotionnelle importante. En outre, l'adaptation aux nuances socioculturelles des soins de santé, ainsi qu'aux normes et attentes du milieu de travail peut créer des malentendus et entraver la capacité des PSFE à s'intégrer efficacement.



L'intégration réussie des PSFE dans la main-d'œuvre canadienne serait renforcée par l'intégration des meilleures pratiques de formation suivantes lors de la préparation de ces professionnelles et professionnels au travail dans le système de santé canadien :

- > **Les programmes de mentorat** qui fournissent un soutien personnalisé peuvent aider les PSFE à surmonter les barrières linguistiques, à s'adapter aux cultures en milieu de travail et à améliorer leur compréhension des pratiques canadiennes en matière de soins de santé. En fournissant des conseils personnalisés sur les fonctions et responsabilités professionnelles, ces programmes renforcent la confiance, facilitent une intégration plus harmonieuse et contribuent à une meilleure rétention au sein de la main-d'œuvre.
- > **Les approches de formation tenant compte des traumatismes** sont cruciales, car certains PSFE peuvent avoir subi un traumatisme avant de migrer, et le périple de migration lui-même peut également être émotionnellement pénible. Cette approche se concentre sur un environnement de formation sûr, favorable et conscient des risques des environnements qui peuvent causer un nouveau traumatisme. Cette approche veille à ce que l'ensemble des

participants et participants se sentent en sécurité, respectés et responsabilisés dans leur environnement d'apprentissage et professionnel.

- > **Des technologies** comme la réalité virtuelle (RV), les plateformes de microcrédits et l'intelligence artificielle (IA) fournissent des solutions innovantes pour combler les lacunes en matière de compétences linguistiques et culturelles et de reconnaissance des titres de compétences.
- > **Les soutiens globaux**, y compris l'aide financière, l'orientation professionnelle, les services de santé mentale et l'aide à la garde d'enfants et au logement, sont essentiels pour relever les défis uniques auxquels sont confrontés les PSFE et compléter l'approche tenant compte des traumatismes.
- > **La formation aux compétences socioémotionnelles** est essentielle pour les PSFE, qui font souvent face à des défis liés à la communication, à la dynamique d'équipe et aux normes professionnelles du système de santé canadien.



Les approches de formation tenant compte des traumatismes sont cruciales, car certains PSFE peuvent avoir subi un traumatisme avant de migrer, et le périple de migration lui-même peut également être émotionnellement pénible.

Conclusion et recommandations

Pour surmonter efficacement les obstacles auxquels sont confrontés les PSFE, un ensemble de réformes systémiques, de pratiques organisationnelles et de stratégies individuelles doit être mis en œuvre.

Au niveau sociétal, les initiatives gouvernementales visant à rationaliser les exigences en matière de permis d'exercice et à renforcer les approches ciblées en matière d'immigration doivent être renforcées et étendues. Les responsables de la législation doivent faire partie de la conversation et lier les compétences aux habiletés plutôt qu'au lieu de la formation.

Au niveau organisationnel, les employeurs doivent mettre en œuvre des méthodes d'intégration globales qui incluent des équivalences professionnelles standardisées. La mise en œuvre de stratégies d'EDI robustes dans l'ensemble du

milieu de travail peut créer une culture de travail tolérante qui intègre les compétences et les talents que les PSFE apportent au système de soins de santé du Canada. En ce qui concerne le recrutement, les employeurs pourraient travailler avec les gouvernements pour assurer une approche rationalisée des permis de travail et des flux d'immigration ciblés.

Reconnaitre, soutenir et faire progresser les compétences des PSFE permettra de combler les lacunes de leur expérience canadienne et d'accroître leur participation — sans emboîter les personnes dans un cercle vicieux, comme « avoir besoin d'un emploi canadien pour décrocher un emploi canadien ».

Un engagement ferme à aborder les aspects structurels et culturels de l'intégration des PSFE dans le système de soins de santé canadien peut produire un modèle de soins de santé renforcé et un travail durable pour ces professionnelles et professionnels internationaux dont nous avons tant besoin.



Introduction

L'Organisation mondiale de la santé a prévu une pénurie mondiale de plus de 14 millions de travailleurs de la santé d'ici 2030.¹ Pour résoudre ce problème critique, l'organisation a adopté la *Global Strategy on Human Resources for Health : Workforce 2030*. La stratégie vise à établir des jalons clés et des indicateurs de performance pour renforcer la planification du personnel de santé dans les pays membres.

Ces jalons comprennent la création de registres de personnel de la santé et de stratégies efficaces de planification des ressources humaines en santé (RHS) d'ici 2030. L'objectif est de s'assurer qu'il y a suffisamment de travailleuses et travailleurs de la santé ayant les connaissances, les compétences et les qualifications nécessaires pour remplir efficacement leurs fonctions et atteindre les objectifs des systèmes de santé.² À la base, la planification efficace des RHS cherche à aligner les futurs besoins en santé de la population avec la capacité de la main-d'œuvre et la répartition équitable des ressources.

Un élément essentiel est de tirer parti du potentiel des professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE). Ce sont des personnes qui ont terminé leurs études, leur formation et leur accréditation dans un pays autre que celui dans lequel elles souhaitent exercer.

Le nombre de ces professionnelles et professionnels qui viennent au Canada a considérablement augmenté. En 2021, on estimait que 259 695 PSFE âgés de 18 à 64 ans vivaient au Canada, ce qui représentait 13 % de la population de ce groupe d'âge ayant fait des études postsecondaires en santé.³ Ce groupe comprend les médecins, les infirmières et infirmiers, les dentistes, les pharmaciennes et pharmaciens et les spécialistes hautement qualifiés dans d'autres disciplines liées aux soins de santé.

Malgré leur expertise et leur expérience, les PSFE se heurtent à des obstacles pour exercer dans leur domaine. Beaucoup sont au chômage ou occupent des postes qui ne reflètent pas leurs qualifications et leur formation.⁴

La sous-utilisation des PSFE met en évidence des inefficacités critiques dans le système de santé, en particulier à mesure que les défis liés à la main-d'œuvre continuent de s'intensifier. Par exemple, les cliniciennes et cliniciens et les spécialistes de la santé canadiens connaissent des taux élevés d'épuisement professionnel, de dépression et de détresse physiologique.^{5, 6, 7} Ces problèmes contribuent à des niveaux accrus d'absentéisme et à de faibles taux de rétention, en particulier chez les membres des professions réglementées.

Ces problèmes ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19.^{8, 9} Un rapport de la Registered Practical Nurses Association of Ontario a indiqué que 62 % des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de la province avaient envisagé ou avaient l'intention de quitter la profession en 2023.¹⁰ L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a signalé que 7 795 infirmières et infirmiers n'ont pas renouvelé leur permis ou se sont déplacés dans la classification « non pratiquant » en 2024, contre 7 215 en 2023.¹¹ Les médecins

de famille sont rares, et un Canadien ou une Canadienne sur cinq n'a pas accès à un médecin régulier.¹² Ces lacunes ont des répercussions sur l'accessibilité, les temps d'attente et la qualité globale des soins.

Les réponses systémiques plus générales à l'épuisement professionnel doivent prendre en compte le besoin d'une formation adéquate pour le personnel moins expérimenté, d'une meilleure répartition des fonctions, des heures de travail règlementées et des pratiques organisationnelles de soutien.¹³ Cependant, une autre stratégie importante consiste à tirer parti des compétences et de l'expérience des PSFE.

Une intégration efficace des professionnelles et professionnels internationaux réduirait la pression sur le personnel existant et améliorerait la qualité globale des soins. Ils apportent une expertise spécialisée, des connaissances culturelles et une diversité linguistique qui peuvent améliorer la prestation de soins centrés sur la patientèle, en particulier dans diverses communautés.^{14, 15} Par exemple, des recherches ont montré que, lorsque les professionnelles et professionnels de la santé font preuve d'une plus grande compétence culturelle, les patientes et patients sont plus satisfaits, adhèrent mieux aux plans de traitement et les échanges d'informations sont plus ouverts.¹⁶

En intégrant les PSFE d'une manière plus rationalisée, le Canada peut favoriser la création d'une main d'œuvre de soins de santé plus inclusive qui peut mieux répondre aux besoins de santé de sa population diversifiée,¹⁷ tout en atténuant le défi mondial d'un personnel professionnel de soins de santé adéquat à l'échelle du système.



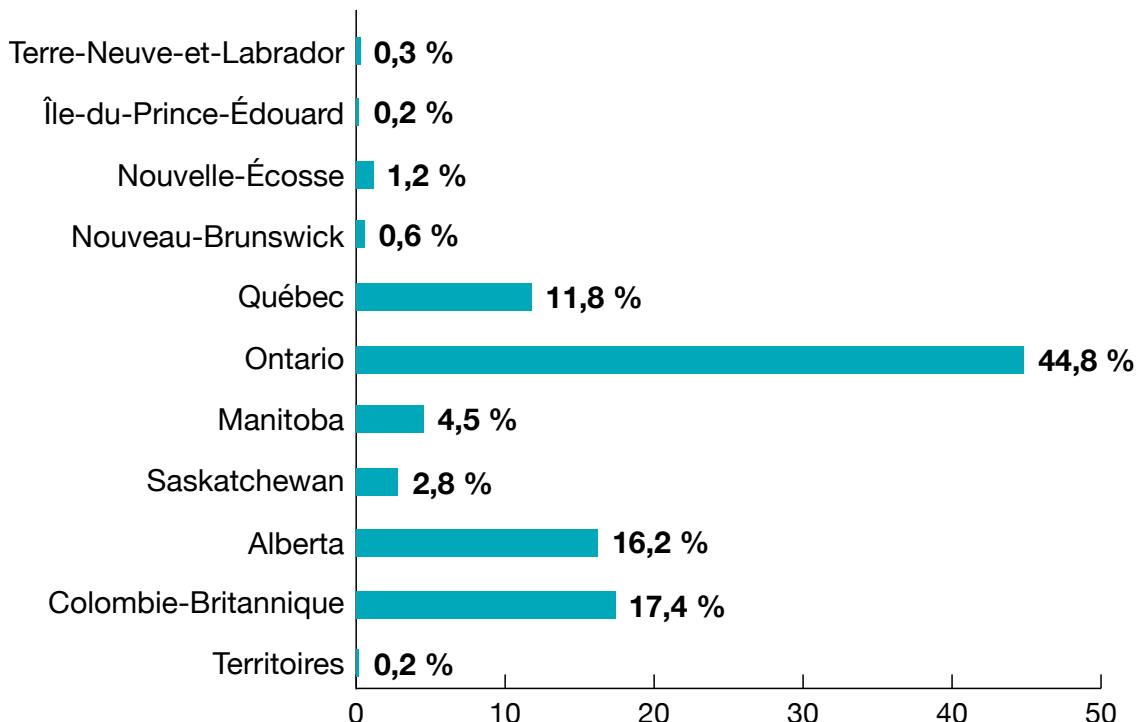
Le contexte

Les données démographiques au Canada

Comme le montre la figure 1, près de la moitié des PSFE présents au Canada résident en Ontario (44,8 %), viennent ensuite la Colombie-Britannique (17,4 %), l'Alberta (16,2 %) et le Québec (11,8 %). Les femmes représentent plus de 70 % de ce groupe. Plus du tiers (33,5 %) des PSFE au Canada sont âgés de 50 ans et plus, tandis que ceux âgés de 30 à 39 ans représentent 31,1 % du total, et 29,3 % sont âgés de 40 à 49 ans.¹⁸

Figure 1

Répartition entre les provinces et territoires canadiens

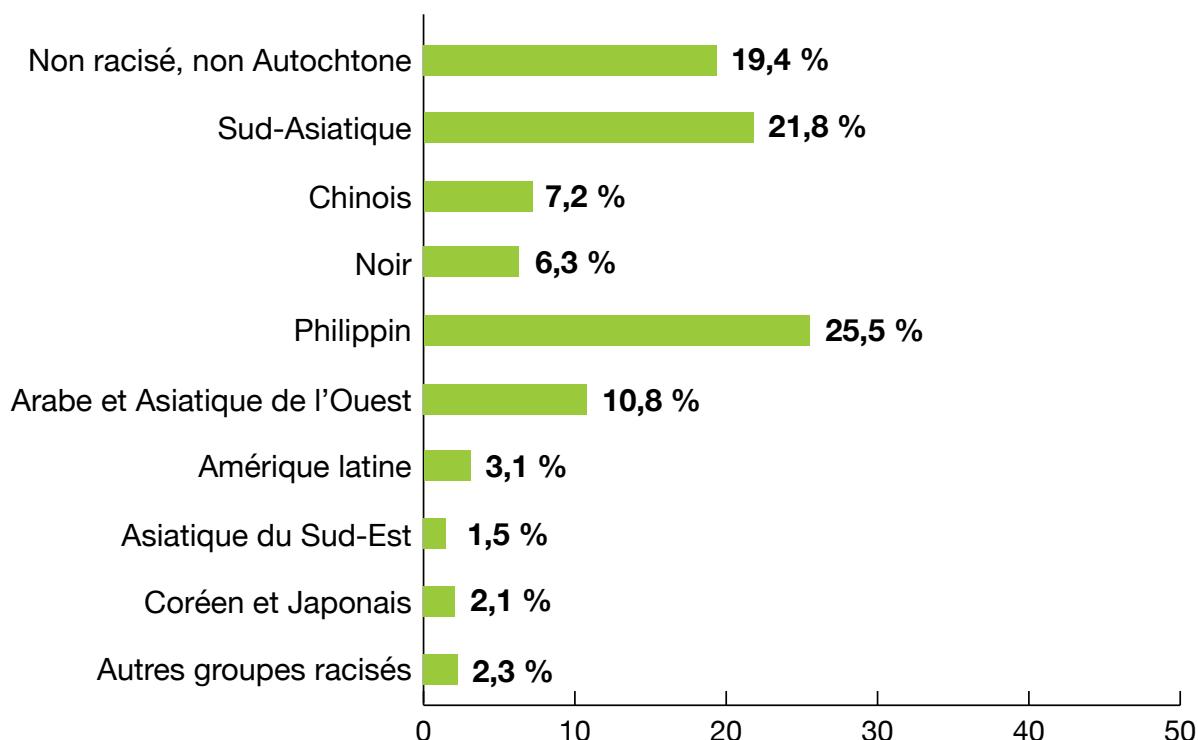


Source : Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S. et Hou, F. (2023). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.html>

La plupart des PSFE sont des personnes racisées, et de nombreuses recherches suggèrent que la discrimination systémique constitue un obstacle dans leur cheminement vers les pratiques professionnelles.^{19, 20} Dans l'ensemble, les plus grands groupes ethniques parmi les PSFE sont les Philippins (25,5 %) et les Asiatiques du Sud

(21,8 %), suivis des populations chinoises, noires, arabes et d'Asie occidentale.²¹ Les proportions varient selon le groupe professionnel. Par exemple, la majorité des infirmières et infirmiers sont noirs et viennent de pays d'Afrique et des Caraïbes.²² La figure 2 présente une ventilation détaillée.

Figure 2
Représentation selon les groupes ethniques



Source : Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S. et Hou, F. (2023). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-étranger-canada.html>

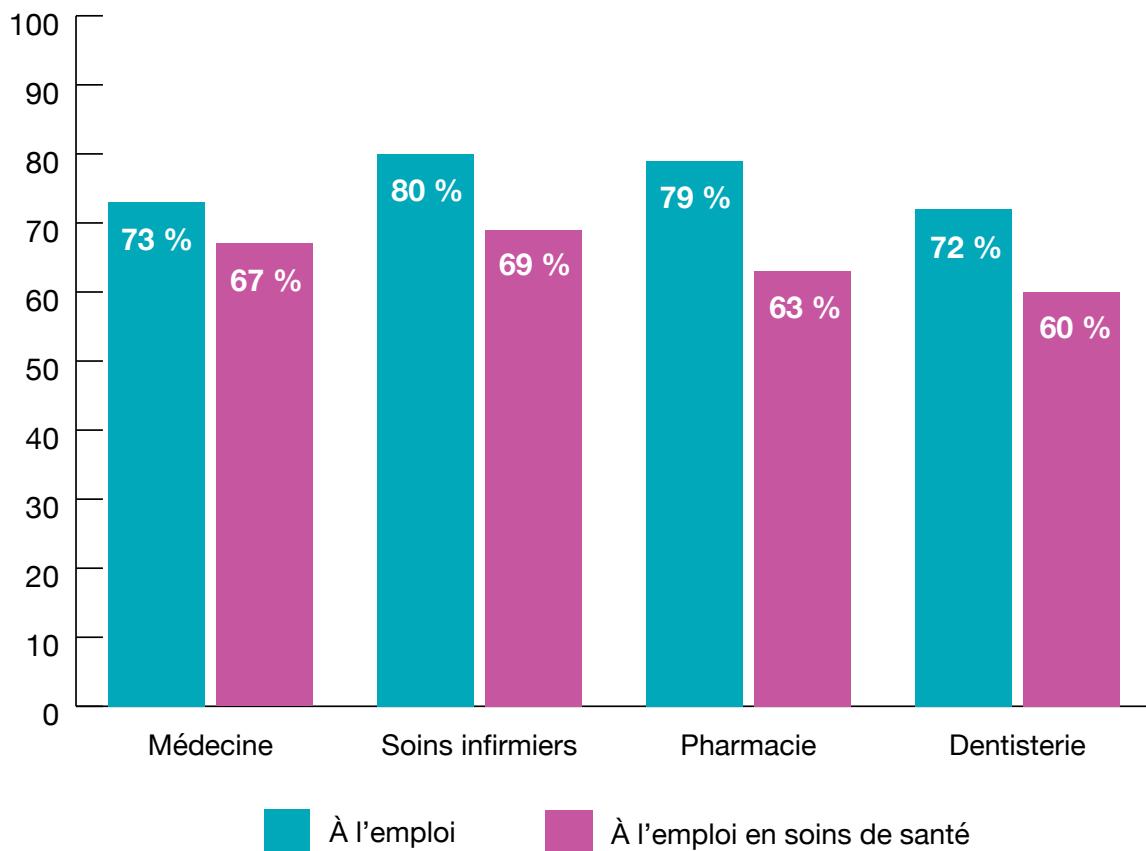
Plus d'un tiers détiennent des diplômes de premier cycle, tandis qu'environ 25 % ont des certificats ou des diplômes postsecondaires inférieurs au niveau du baccalauréat. En outre, 20 % ont des diplômes professionnels dans des domaines tels que la médecine, la dentisterie ou l'optométrie. Environ un tiers des PSFE au Canada ont étudié les soins infirmiers, suivis de 15 % en médecine et de 8 % chacun en pharmacie et en dentisterie.²³

La situation sur le marché du travail;

Malgré la demande croissante de services de santé au Canada, les PSFE font face à des défis persistants pour obtenir un emploi correspondant à leur formation et à leur expertise. Environ 76 % des

PSFE au Canada sont à l'emploi, mais seulement 58 % des personnes qui le sont travaillent dans des professions de la santé.²⁴ La figure 3 ventile ces données par domaine de formation.

Figure 3
Proportion d'emploi par domaine d'études



Source : Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S. et Hou, F. (2023). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. Santé Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.html>

Remarque — Les personnes considérées comme « employées dans les soins de santé » ci-dessus ne travaillent pas nécessairement dans leur domaine d'études. Par exemple, un diplômé en dentisterie pourrait travailler en soins infirmiers et toujours compter comme un employé dans les soins de santé aux fins de ces données.

Les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada

Certaines données suggèrent qu'au Canada, les médecins réduisent leur nombre d'heures travaillées pour diverses raisons, notamment le vieillissement des cohortes de médecins et l'épuisement professionnel.²⁵

La pandémie de COVID-19 a également profondément affecté le système de santé canadien, exposant et exacerbant les pénuries critiques de personnel. En fait, de nombreux spécialistes de la santé ont été incités à reconstruire leur parcours professionnel. Par exemple, un sondage de l'Ontario Hospital Association a révélé une augmentation de 45 % des taux de démission dans les hôpitaux de l'Ontario entre 2020 et 2021.²⁶

Un rapport de 2023 de la Chambre des communes sur la crise du personnel en santé a souligné comment ces pénuries entraînaient des retards dans les procédures diagnostiques et chirurgicales, érodant la confiance du public dans le système de santé.²⁷ Le rapport met également en garde contre l'escalade des postes vacants, en particulier dans les régions où l'offre de professionnelles et professionnels de la santé est déjà limitée. Les régions rurales et éloignées, comme le nord de l'Ontario, sont confrontées à de graves défis.²⁸ En plus des postes de médecins, les postes vacants commencent à augmenter dans les domaines des soins infirmiers, de la pharmacie, de l'ergothérapie et des laboratoires médicaux.²⁹

Cela souligne l'importance d'évaluer les obstacles structurels qui empêchent les PSFE d'apporter leurs compétences, leur éducation et leur expertise à la main d'œuvre des soins de santé au Canada.



La comparaison avec l'international

Il est difficile de comparer l'intégration des PSFE au niveau mondial en raison des variations dans les définitions des données, les pratiques de rédaction de rapports et la disponibilité selon les pays.

Le rapport *Panorama de la santé 2023* de l'OCDE offre des informations précieuses sur les tendances des migrations internationales chez les médecins et les infirmières et infirmiers, en utilisant des données sur l'endroit où ils ont obtenu leur premier diplôme en médecine ou en soins infirmiers.³⁰ Cependant, la comparabilité est limitée par des incohérences dans la couverture des données et le statut de l'activité de la main-d'œuvre. Par exemple, alors que certains pays mettent à jour les registres pour inclure seulement les professionnelles et professionnels pratiquant activement, d'autres signalent toutes les personnes autorisées, qu'elles travaillent ou non actuellement.



Le rapport de l'OCDE de 2023 met en évidence une dépendance croissante à l'égard des professionnels de la santé formés à l'étranger pour répondre à la demande croissante de main-d'œuvre dans le monde.

D'autres complexités découlent des exclusions, comme les données qui incluent seulement les infirmières et infirmiers professionnels en Finlande et en Slovénie ou les infirmières et infirmiers en milieu hospitalier en Suisse, ainsi que l'utilisation par l'Allemagne de la nationalité au lieu du lieu de formation.

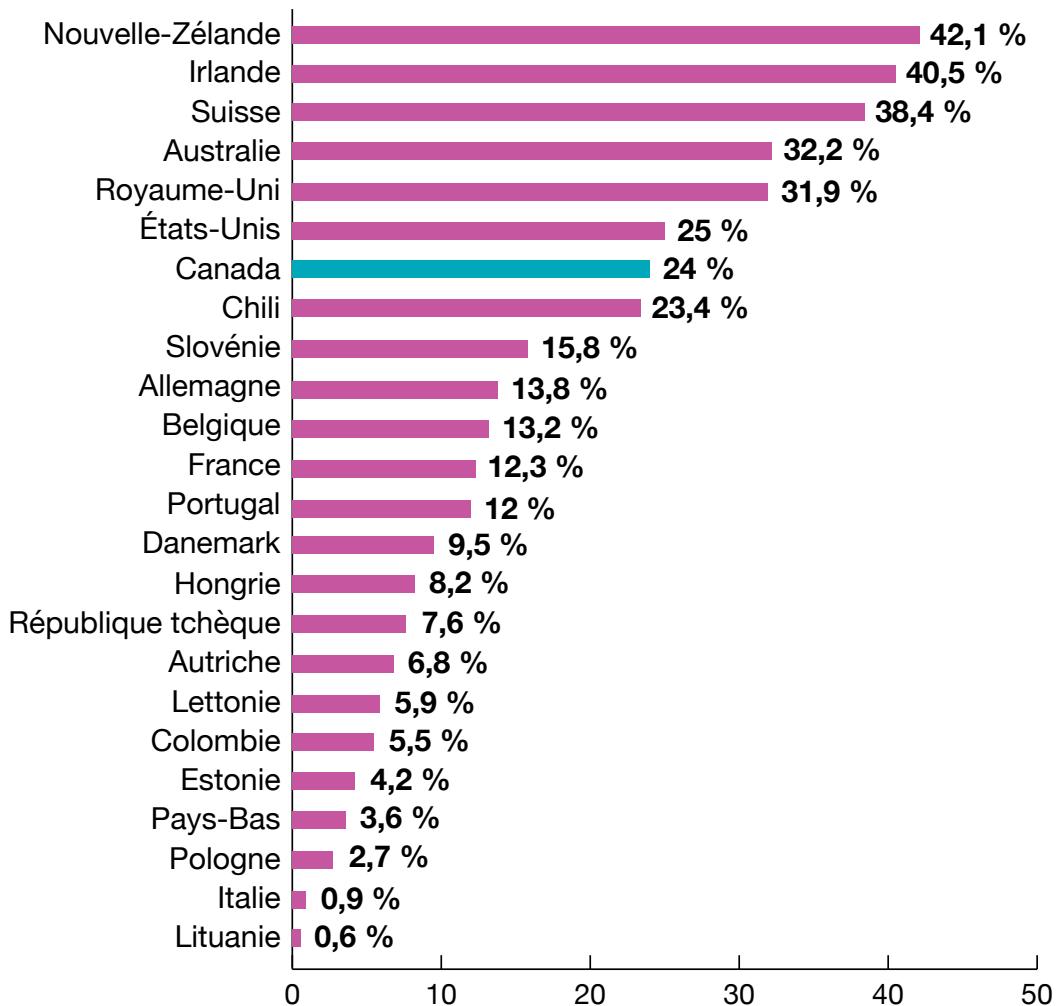
Le rapport de l'OCDE de 2023 met en évidence une dépendance croissante à l'égard des professionnels de la santé formés à l'étranger pour répondre à la demande croissante de main-d'œuvre dans le monde. En 2021, 19 % des médecins et 9 % des infirmières et infirmiers des pays de l'OCDE ont obtenu leur premier diplôme à l'étranger, contre 15 % et 5 %, respectivement, une décennie plus tôt. Cette croissance s'est produite parallèlement à l'augmentation du nombre de diplômées et diplômés formés au pays, reflétant la demande croissante de professionnelles et professionnels de la santé dans le monde.

La proportion de médecins formés à l'étranger varie considérablement, allant de 3 % ou moins en Lituanie, en Italie et en Pologne à plus de 40 % en Suisse, en Irlande, en Norvège et en Nouvelle-Zélande. En Israël, la proportion atteint près de 60 %. Cependant, il convient de noter que, dans des pays comme Israël, la Norvège, la Suède et la Finlande, une partie importante des médecins formés à l'étranger sont des citoyens qui ont étudié à l'étranger avant de retourner pratiquer dans leur pays.³¹

La figure 4 illustre la proportion de médecins formés à l'étranger dans les pays de l'OCDE. Le Canada se classe au septième rang parmi les pays de l'OCDE examinés, les médecins formés à l'étranger représentant 24 % de tous les médecins ayant des permis d'exercice en 2021. Cela place le Canada juste en dessous des États-Unis (25 %) et bien au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 18,9 %.³²

Figure 4

Part des médecins formés à l'étranger, 2021 ou l'année la plus proche



Source : OCDE (2023). *Panorama de la santé 2023. Chapitre : Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier*. https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr/full-report/international-migration-of-doctors-and-nurses_5fcf1e71.html#indicator-d1e33217-afed90aa1

Remarque : Israël, la Norvège, la Suède et la Finlande sont exclus de l'analyse, car une part notable de leurs médecins formés à l'étranger sont des citoyens qui ont étudié à l'étranger avant de retourner pratiquer dans leur pays. Les données de l'Allemagne reflètent la nationalité plutôt que le lieu de formation. Les données pour le Portugal datent de 2017 et les données pour les États-Unis de 2016.

La figure 5 met en évidence la proportion de personnel infirmier formé à l'étranger dans les pays de l'OCDE. L'Irlande arrive en tête avec 46,6 %, suivie de la Nouvelle-Zélande (29,9 %) et de la

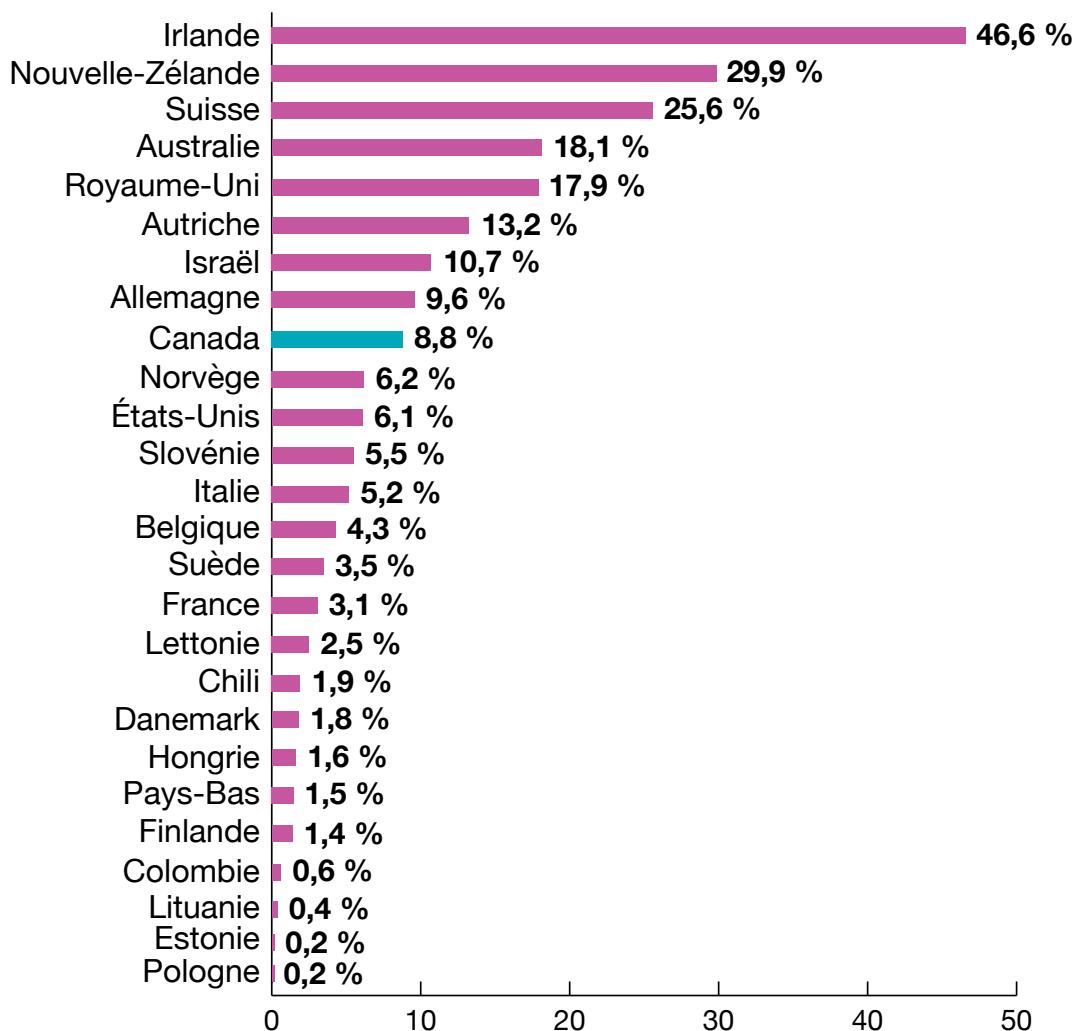
Suisse (25,6 %). Au Royaume-Uni, le recrutement international d'infirmières et infirmiers a atteint des niveaux record en 2021-2022, et 17,9 % de son personnel infirmier est maintenant formé à l'étranger.

Bien que le recrutement dans les pays de l'Union européenne (UE) ait diminué après le Brexit, cela a été contrebalancé par une augmentation du recrutement aux Philippines, en Inde, au Nigéria, au Ghana et au Zimbabwe. Au Canada, il y a eu

des progrès dans le recrutement international de personnel infirmier,³³ mais la part se situe toujours à 8,8 %, à peine au-dessus de la moyenne de l'OCDE de 8,7 %.

Figure 5

Part des infirmières et infirmiers formés à l'étranger, 2021 ou l'année la plus proche



Source : OCDE (2023). *Panorama de la santé 2023. Chapitre : Migrations internationales de médecins et de personnel infirmier*. https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr/full-report/international-migration-of-doctors-and-nurses_5cf1e71.html#indicator-d1e33217-afed90aa1

Remarque : les données de l'Allemagne reflètent la nationalité plutôt que le lieu de formation



Au Canada, les PSFE de pays non membres de l'UE sont confrontés à des voies beaucoup plus complexes de reconnaissance des titres professionnels et d'intégration de la main-d'œuvre.

Bien que les données de l'OCDE offrent des informations précieuses, elles combinent des PSFE de pays sources de l'UE et de pays tiers. Cela peut être trompeur, car les professionnels formés dans l'UE bénéficient de cadres réglementaires alignés, d'accords de reconnaissance mutuelle et de proximité géographique, qui facilitent leur intégration. Par exemple, en Suisse, la part croissante de médecins et de personnel infirmier formé à l'étranger est largement attribuable aux professionnelles et professionnels provenant de pays voisins de l'UE tels que la France, l'Allemagne et l'Italie.³⁴

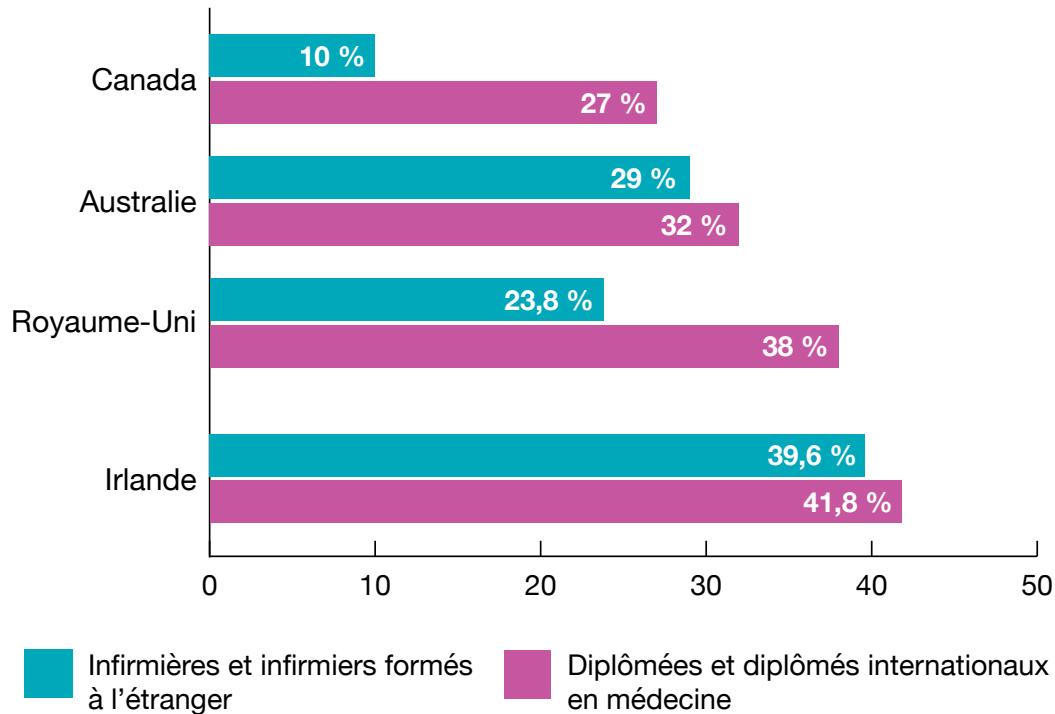
Au Canada, les PSFE de pays non membres de l'UE sont confrontés à des voies beaucoup plus complexes de reconnaissance des titres professionnels et d'intégration de la main-d'œuvre. Par conséquent, le présent rapport se concentre sur le Royaume-Uni, l'Irlande et l'Australie afin d'offrir des comparaisons plus significatives avec l'expérience du Canada en matière de PSFE. Bien que l'Irlande fasse partie de l'UE, son personnel de santé est caractérisé

par une dépendance importante à l'égard des professionnelles et professionnels non européens. Par exemple, plus de la moitié (52 %) des 7 120 infirmières et infirmiers formés à l'étranger (IFE) nouvellement inscrits au Ireland's Nursing and Midwifery Board en 2024 ont été formés en Inde, suivie des Philippines (12 %), du Royaume-Uni (4 %) et du Ghana (3 %).³⁵ Pour le Royaume-Uni, ce rapport s'appuie sur les données post-Brexit de 2023-2024. Bien que la collecte de données varie selon la juridiction et la profession, la figure 6 présente des tendances plus récentes que celles citées dans les statistiques de l'OCDE mentionnées ci-dessus.



Figure 6

Intégration du personnel infirmier formé à l'étranger et des diplômées et diplômés internationaux en médecine



Remarque : les dates de collecte des données pour les diplômés internationaux en médecine (DIM) et le personnel infirmier formé à l'étranger (IFE) varient : **Irlande** (2021 pour les DIM et 2024 pour les IFE); **Royaume-Uni** (2023 pour les DIM et 2024 pour les IFE); **Australie** (2022 pour les DIM et 2018 pour les IFE); et **Canada** (2022 pour les DIM et 2022 pour les IFE).

Les sources de données sont les suivantes :

Irlande :

Irish Medical Council. (2021). Medical workforce intelligence report 2021; and Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2024). *State of the register 2024*.

Australie :

Australian Institute of Health and Welfare. (2023). *Health workforce*; and Tie, Y. C., Birks, M., & Francis, K. (2018). Playing the game: A grounded theory of the integration of international nurses. *Collegian*, 26(4), 470–476.

Royaume-Uni : General Medical Council. (2023). *The state of medical education and practice: Workforce report 2023*; and Nursing and Midwifery Council. (2024). *Nursing and Midwifery Council Register UK mid year update*.

Canada : Canadian Institute for Health Information. (2022). *Internationally educated health professionals: The state of the health workforce in Canada, 2022*

Les obstacles à l'intégration au Canada

L'intégration des PSFE dans la main d'œuvre canadienne est influencée par un jeu complexe d'obstacles qui couvrent les niveaux sociétal, organisationnel et individuel.³⁶

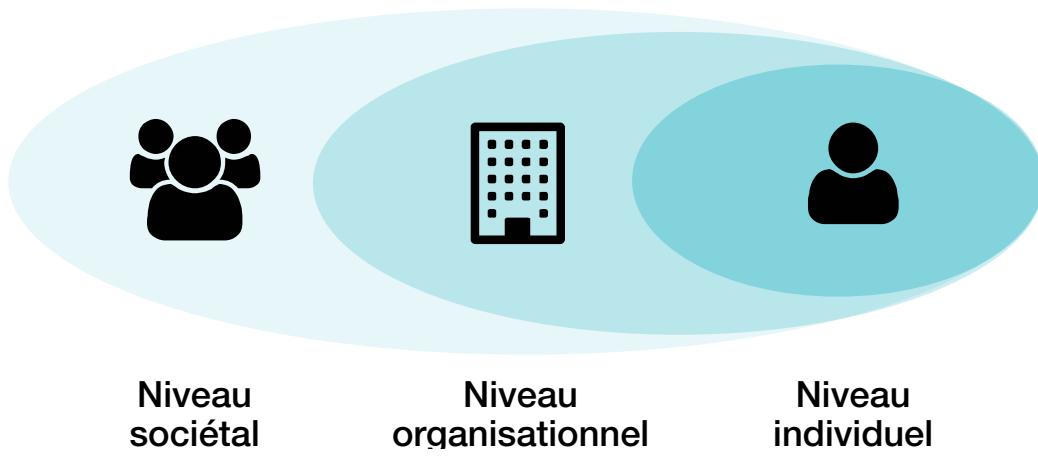
Au niveau macroéconomique, les tendances démographiques, les politiques gouvernementales, les normes culturelles et d'autres facteurs sociaux influencent l'environnement juridique et social dans lequel les PSFE naviguent. Ces influences peuvent soutenir les inégalités, y compris la discrimination et les stéréotypes.

Le niveau méso se concentre sur les pratiques organisationnelles des établissements

d'enseignement, des associations professionnelles, des employeurs et d'autres organisations. Celles-ci peuvent soit créer des voies d'accès, soit renforcer les obstacles à l'emploi et à l'avancement significatifs. Elles comprennent les politiques internes, les processus de reconnaissance des titres de compétences, les pratiques d'embauche et les cultures en milieu de travail.

Au niveau micro, l'accent est mis sur les connaissances, les compétences et les comportements des PSFE, ainsi que sur les personnes qui occupent des rôles de gardiens.

Figure 7
Le modèle écologique



Source: Cukier, W., Gagnon, S., Mae Lindo, L., Hannan, C., & Amato, S. (2014). "A [critical] ecological model to enabling change: Promoting diversity and inclusion." In V. Malin, J. Murphy & M. Siltaoja (Eds.), *Getting things Done: Dialogues in Critical Management Studies* (pp. 245-275). Bingley: Emerald.

Les obstacles au niveau sociétal

Les obstacles présents au niveau sociétal sont systémiques, enracinés dans les politiques, les cadres de gouvernance et les normes culturelles qui façonnent collectivement l'accès et les opportunités offertes aux PSFE. Ces obstacles influencent le contexte frontalier dans lequel les PSFE tentent d'entrer et de faire progresser leur carrière professionnelle au sein du système de santé.

Les politiques d'immigration

Le statut d'immigration des PSFE influe considérablement leur capacité à accéder à des voies d'accès, comme l'inscription aux ordres professionnels, les possibilités d'emploi et la pratique soutenue au sein de la main d'œuvre de la santé au Canada. Les personnes immigrantes arrivent par diverses voies, y compris en tant que résidents permanents, souvent par le biais du Programme des travailleurs qualifiés (fédéral) (PTQF), ou en tant que personnes réfugiées et immigrantes parrainées par la famille.³⁷ Certains PSFE entrent également au Canada sur une base temporaire, généralement par le biais de permis de travail restrictifs, ce qui peut créer des défis supplémentaires pour l'intégration professionnelle.

Environ un tiers des PSFE sont arrivés au Canada entre 2016 et 2021, la plupart ayant immigré dans le cadre du PTQF ou des programmes de candidature provinciaux.³⁸ Bien que conçu pour attirer des travailleuses et travailleurs qualifiés, le PTQF comprend des critères qui peuvent exclure par inadvertance les spécialistes de la santé qualifiés. Les exigences, comme l'expérience de travail récente, continue et rémunérée, et la preuve substantielle de fonds d'établissement créent

souvent des obstacles pour les PSFE, en particulier les personnes des pays à faible revenus ou ayant des cheminements de carrière non linéaires.³⁹

De plus, les PSFE qui immigreront dans la catégorie du regroupement familial ou en tant que réfugiés rencontreront souvent des difficultés qui limitent leur capacité à s'intégrer pleinement dans leur profession. Ils sont moins susceptibles d'obtenir un emploi dans des professions de la santé hautement qualifiées, plus susceptibles d'assumer des postes faiblement qualifiés et ont tendance à gagner des revenus inférieurs par rapport aux PSFE qui immigreront par le biais de filières économiques.⁴⁰

Les recherches montrent que les politiques d'immigration canadiennes reposent sur trois hypothèses : les immigrantes et immigrants apportent une valeur intrinsèque au Canada, ils n'ont pas besoin de soutien pour trouver du travail et ils trouveront un emploi, peu importe si cela correspond à leur expérience antérieure.⁴¹ Cependant, les personnes qui entrent au Canada



Les infirmières et infirmiers des Philippines qui arrivent avec des permis de travail temporaires en tant que préposées et préposés aux services de soutien à la personne ou personnes soignantes à domicile sont souvent confinés à ces postes.

avec un permis temporaire sont confrontées à de graves difficultés en raison d'arrangements de travail restrictifs. Par exemple, les infirmières et infirmiers des Philippines qui arrivent avec des permis de travail temporaires en tant que préposées et préposés aux services de soutien à la personne ou personnes soignantes à domicile sont souvent confinés à ces postes.⁴² Ces permis les empêchent généralement de répondre aux exigences des organismes de réglementation de la santé, qui limitent l'inscription aux citoyennes et citoyens canadiens, aux résidentes et résidents permanents ou aux titulaires de permis de travail « ouverts » qui offrent de plus vastes possibilités d'emploi.⁴³ Cette limitation empêche de nombreux professionnels et professionnels de la santé qualifiés d'exercer dans les professions correspondant à leur formation.

Le *Plan des niveaux d'immigration 2025-2027* du Canada met l'accent sur la transition des personnes qui résident déjà au pays, comme

les étudiantes et étudiants internationaux et les travailleuses et travailleurs étrangers temporaires, vers le statut de résident permanent. Plus de 40 % des admissions de résidents permanents devraient provenir de ce groupe d'ici 2025.⁴⁴

Bien que cette stratégie crée des voies pour les personnes qui sont déjà au Canada, elle soulève des préoccupations quant à la réduction corollaire potentielle des niveaux globaux d'immigration et limite les possibilités pour les personnes nouvellement arrivées. Dans le secteur des soins de santé, où les pénuries de main d'œuvre sont criantes, les PSFE jouent un rôle essentiel dans la réduction des lacunes en matière de services. Restreindre l'immigration risque d'exacerber ces pénuries et de saper les efforts visant à construire un système de soins de santé résilient et inclusif.

La gouvernance et la réglementation des soins de santé

Un autre obstacle majeur à l'intégration peut être attribué au système de santé décentralisé du Canada. En vertu de la Loi canadienne sur la santé, la prestation des soins de santé relève des gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui entraîne un système fragmenté dans lequel chaque juridiction fonctionne de manière indépendante.⁴⁵

Bien qu'il existe des similitudes dans les modèles de pratique entre les organismes de réglementation, le manque de normalisation nationale crée des défis pour les PSFE qui naviguent dans le système. Au Canada, il existe 13 juridictions réglementaires comprenant de nombreux collèges supervisant les services de santé.⁴⁶ Bien que le gouvernement fédéral ait souligné à plusieurs reprises la nécessité d'augmenter l'utilisation des PSFE, les politiques de santé provinciales compliquent souvent leur intégration dans le marché du travail.⁴⁷



Un des principaux défis est la variété des exigences en matière d'éducation et de permis d'exercice entre les juridictions. Par exemple, les IFE doivent passer l'examen NCLEX-RN pour obtenir un permis d'exercice en tant que personnel infirmier autorisé dans toutes les provinces, sauf au Québec, qui a son propre processus d'octroi de permis. Cependant, les exigences provinciales supplémentaires varient. Toutes les provinces exigent une preuve de compétence linguistique en anglais ou en français. Cependant, le type de test de langue accepté, les scores requis, ainsi que la fréquence et le moment de la soumission des résultats peuvent différer d'une province à l'autre, et parfois même entre différents organismes de réglementation.

Les exigences en matière d'expérience diffèrent également. L'Ontario exige généralement que les candidats démontrent une pratique infirmière au cours des trois dernières années, alors que de nombreuses autres provinces canadiennes ont des exigences spécifiques basées sur les heures de pratique pour démontrer l'actualité de la pratique — généralement 1 125 heures de pratique infirmière au cours des cinq dernières années.⁴⁸

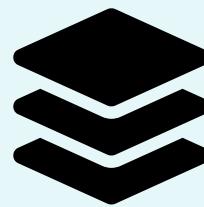
Ces exigences en matière de permis et de pratique sont non seulement variées et coûteuses, mais elles manquent également de transférabilité entre les provinces. Un ou une PSFE qui répond aux exigences dans une province peut faire face à des obstacles supplémentaires au moment d'un déménagement, car il faudrait alors satisfaire aux critères d'obtention du permis de la nouvelle juridiction. Ce manque de normalisation ajoute des frictions au processus d'entrée et de maintien dans la main-d'œuvre des soins de santé, limitant davantage la capacité des PSFE à contribuer efficacement au système de soins de santé du Canada.^{49, 50}

Les obstacles au niveau organisationnel

Ces obstacles découlent de pratiques et de politiques qui limitent la capacité des PSFE à obtenir un permis, à s'intégrer dans le milieu du travail et à progresser professionnellement. Les exigences pour l'obtention d'un permis varient selon les professions, mais comprennent généralement une formation formelle, un examen et une expérience de travail. Les professionnelles et professionnels formés à l'étranger sont confrontés à des obstacles à chaque étape.

L'éducation

Au Canada, les processus d'évaluation des titres de compétence internationaux varient considérablement d'une profession à l'autre. Ils sont également souvent inefficaces et encombrants, par exemple en raison de l'absence de transferts en bloc ou d'équivalences, et en s'appuyant sur des évaluations individuelles, cours



Les exigences pour l'obtention d'un permis varient selon les professions, mais comprennent généralement une formation formelle, un examen et une expérience de travail. Les professionnelles et professionnels formés à l'étranger sont confrontés à des obstacles à chaque étape.

par cours. Bien que de nombreux établissements postsecondaires aient créé des programmes de transition pour les PSFE, il leur manque souvent des éléments nécessaires pour réussir à obtenir leur permis d'exercice. Par exemple, ces programmes ont tendance à se concentrer sur les exigences d'examen standardisées, mais ne fournissent pas d'opportunités en ce qui concerne l'expérience de travail requise.⁵¹

L'expérience de travail au Canada pour obtenir un permis

Pendant des années, l'exigence d'expérience de travail au Canada a constitué un obstacle important dans les processus d'inscription de nombreux collèges de règlementation de la santé dans toutes les provinces. Compte tenu de la pénurie de places de stage et de résidence, même pour les médecins formés au Canada, les perspectives d'acquérir l'expérience professionnelle nécessaire pour pratiquer la médecine ont été un obstacle important pour les DIM.

En changeant sa politique de manière notable, l'Ontario a introduit des modifications législatives

en janvier 2023 en vertu de la Loi sur l'accès équitable aux professions réglementées et aux métiers à accréditation obligatoire qui interdisent aux professions réglementées d'exiger une expérience de travail au Canada pour obtenir un permis, à moins de pouvoir démontrer que ces exigences sont nécessaires.⁵²

Cependant, ces réformes ne règlent pas complètement le problème en pratique. Par exemple, les surspécialistes formés à l'étranger (médecins qui ont suivi une formation spécialisée dans un domaine plus restreint) qui cherchent à obtenir un permis par le biais de la Route d'évaluation par la pratique (REP) doivent tout de même compléter une période d'expérience de travail approuvée au Canada pour se qualifier pour la certification du Collège royal, une étape essentielle pour l'obtention d'un permis provincial.⁵³

Même si les politiques provinciales peuvent officiellement supprimer les exigences en matière d'expérience canadienne, les processus nationaux de certification et les normes institutionnelles continuent de les renforcer.

Les obstacles spécifiques à la profession

Cette section explore les défis uniques auxquels sont confrontés les PSFE dans leurs domaines respectifs, en mettant l'accent sur les rôles de médecine, soins infirmiers et pharmacie. Ces professions ont été sélectionnées, car elles représentent les principaux domaines d'études des PSFE et les domaines ayant la demande la plus élevée du système de santé canadien.⁵⁴ Bien que bon nombre des défis abordés soient systémiques, ils sont examinés ici pour illustrer comment ces questions plus générales recoupent les exigences, les attentes et la dynamique spécifiques de chaque profession.



Les médecins

Les diplômés internationaux en médecine (DIM) jouent un rôle précieux dans la lutte contre les pénuries de médecins au Canada, car ils apportent des compétences linguistiques et culturelles qui améliorent la qualité de la prestation des soins de santé pour les populations immigrantes. Cependant, les DIM sont confrontés à des défis importants pour entrer sur le marché du travail des soins de santé. Ils n'ont souvent pas accès à l'information sur les exigences en matière de permis d'exercice, au matériel de préparation aux examens et aux moyens d'acquérir de l'expérience canadienne, le tout étant essentiel pour obtenir des postes en résidence.^{55, 56}

Même après avoir passé les examens de qualification, le caractère compétitif du domaine reste un obstacle majeur. En 2022, seuls 23,9 % des DIM, y compris les Canadiens et Canadiennes qui ont étudié à l'étranger, ont été jumelés à un poste en résidence par l'entremise du Canadian Resident Matching Service (CaRMS). Cela se compare à un taux de jumelage de 92 % pour les diplômées et diplômés des facultés de médecine canadiennes. Les programmes d'évaluation de la préparation à la pratique offrent une voie plus rapide pour les personnes qui ont déjà terminé leur résidence à l'étranger. Cependant, ces programmes ne sont pas disponibles à l'échelle nationale et restent sous-utilisés, car cette voie a permis d'autoriser seulement 124 DIM en 2021.⁵⁷

Un récent rapport Mosaic classifie six formes de discrimination signalées par les DIM :

1

Accès limité à l'obtention du permis d'exercice en raison du nombre réduit de postes disponibles dans un nombre restreint de disciplines par rapport aux diplômées et diplômés en médecine canadiens.

2

Obstacles supplémentaires pour les DIM, y compris les contrats « promesse de service » obligatoires limitant leur choix d'emploi et l'obligation de repasser l'examen de maîtrise de l'anglais tous les deux ans.

3

Des expériences de discrimination raciale et religieuse.

4

Une discrimination fondée sur l'âge, affectant les plus âgés.

5

Une hypothèse selon laquelle les étudiantes et étudiants formés au Canada sont plus compétents que les DIM.

6

Un processus d'obtention de permis d'exercice qui repose fortement sur des liens personnels, ce qui désavantage les médecins provenant de l'immigration.⁵⁸

Les infirmiers et infirmières

Les infirmiers et infirmières formés à l'étranger (IFE) sont une partie essentielle de la main d'œuvre des soins de santé au Canada et représentent environ un tiers des PSFE venus au Canada entre 2016 et 2021.⁵⁹ Malgré la reconnaissance de leur importance, les IFE rencontrent des obstacles importants à l'intégration.^{60, 61, 62, 63} Ils et elles subissent un processus de recertification long et coûteux, qui implique souvent l'inscription à des programmes de transition pour répondre aux normes canadiennes.⁶⁴ Ces programmes, combinés aux frais de subsistance, imposent des fardeaux financiers importants, en particulier aux IFE qui arrivent au Canada sans soutien familial ou qui doivent également soutenir les membres de leur famille dans leur pays d'origine. Ces fardeaux minent et déstabilisent les contributions que les IFE peuvent apporter à la crise du personnel de santé au Canada.

Les recherches indiquent en outre que les IFE sont souvent confrontés au racisme et à la discrimination parce qu'elles et ils sont perçus comme moins qualifiés que leurs homologues nés au Canada, ce qui entraîne des disparités en matière de promotions et pour la portée de leur pratique.^{65, 66, 67} Ces infirmières et infirmiers signalent souvent que la discrimination raciale joue un rôle important dans les défis rencontrés dans la progression de leur carrière et pour accéder à des postes de direction.⁶⁸ Il a également été démontré que le manque de confiance envers les IFE de la part des responsables des opérations quotidiennes contribue à accroître les niveaux de surveillance à leur égard, une pratique qui n'est généralement pas appliquée au personnel infirmier formé au Canada. Ces dynamiques peuvent susciter des sentiments de peur, d'impuissance et de stress chez les IFE, sapant leur estime de soi et pouvant compromettre la qualité des soins aux patients.⁶⁹



Les pharmaciennes et pharmaciens

Bien qu'ils représentent près du tiers de la profession en pharmacie du Canada et près de la moitié en Ontario,⁷⁰ les diplômées et diplômés internationaux en pharmacie (DIP) continuent de faire face à des obstacles à l'intégration professionnelle. Pour un grand nombre de DIP, pratiquer au Canada nécessite souvent de commencer par des postes de débutant, comme assistante ou assistant en pharmacie. Dans une étude qualitative explorant les expériences et les perceptions des DIP au Canada, beaucoup ont identifié ce processus comme « décourageant ».⁷¹ Ce sentiment était particulièrement prononcé pour les DIP qui profitait du même niveau d'estime que les médecins dans leur pays d'origine. Bien que plusieurs DIP aient reconnu que certains sacrifices sont nécessaires pour pratiquer au Canada, ils ont trouvé difficile d'être traités comme des étudiantes et étudiants.⁷²

Les preuves suggèrent que les DIP sont moins susceptibles d'obtenir un emploi en milieu hospitalier en raison d'obstacles, comme la disponibilité limitée de placements cliniques dans des programmes de transition en pharmacie. La résidence, qui améliore considérablement les possibilités d'emploi dans les hôpitaux, est également un fardeau financier et souvent inaccessible pour plusieurs DIP. Le manque de possibilités de résidence limite non seulement leur expérience pratique, mais réduit également leurs chances de créer des réseaux professionnels, ce qui limite encore davantage l'avancement professionnel.⁷³

Le manque de pratiques d'EDI et la discrimination en milieu de travail

De nombreux employeurs canadiens continuent de souligner explicitement ou implicitement que l'expérience canadienne est une exigence pour l'emploi, malgré les sanctions claires prévues par la législation sur les droits de la personne. Cela crée un obstacle supplémentaire pour les PSFE qui sont censés acquérir une expérience canadienne pour obtenir un emploi, mais qui sont incapables de le faire sans avoir d'abord été employés.⁷⁴ Les employeurs peuvent voir l'expérience canadienne comme un substitut de la préparation professionnelle, assurant la familiarité avec le système de soins de santé, les attentes du milieu de travail et les styles de communication.⁷⁵ Mais il est possible de démontrer et de mesurer ces qualités d'autres façons.

Un autre problème est le manque de pratiques d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) dans les milieux de soins de santé.⁷⁶ Cela entrave l'emploi et le maintien en poste des PSFE et compromet l'efficacité globale du système de soins de santé du Canada.⁷⁷ Ces obstacles existent dans le leadership et la gouvernance des soins de santé, les pratiques d'embauche et de promotion et la culture.⁷⁸ Les professionnelles et professionnels de la santé racisés, par exemple, sont victimes de discrimination qui limite leur intégration dans le marché du travail et leurs possibilités de progression de carrière. Des études ont montré que les infirmières et infirmiers racisés, dont beaucoup sont formés à l'étranger, sont moins susceptibles que leurs collègues de race blanche de recevoir des promotions, car ces personnes sont souvent considérées comme moins compétentes.⁷⁹

De plus, les résultats qualitatifs révèlent que les PSFE se sentent souvent exclus, aliénés ou injustement traités dans de nombreux milieux hospitaliers, y



Des études ont montré que les infirmières et infirmiers racisés, dont beaucoup sont formés à l'étranger, sont moins susceptibles que leurs collègues de race blanche de recevoir des promotions, car ces personnes sont souvent considérées comme moins compétentes.

compris lorsqu'ils sont affectés à des quartiers de travail disproportionnellement plus longs et plus exigeants.⁸⁰ Ils sont également souvent victimes de discrimination de la part de leur patientèle.

Ces expériences sont notamment plus prononcées pour les PSFE racisés et en particulier les personnes noires.⁸¹ Le racisme envers les personnes noires provoque également des états de santé précaires chez les communautés noires.^{82, 83} L'emploi et le soutien des PSFE noirs pourraient donc avoir l'avantage supplémentaire de promouvoir l'état de santé de la communauté noire, en plus de renforcer les bassins de personnel qualifié.⁸⁴

Les obstacles au niveau individuel

Les obstacles individuels découlent de circonstances personnelles, telles que la maîtrise de la langue, l'adaptation culturelle et l'expérience de travail au Canada. Tout cela peut affecter la capacité des PSFE à relever les défis systémiques et organisationnels.

Les compétences linguistiques et en communication

La maîtrise limitée d'une langue officielle peut constituer un obstacle important pour les PSFE. Bien que l'examen de compétence linguistique soit une exigence uniforme dans la plupart des organismes de réglementation, les notes de passage varient selon les juridictions.

De solides compétences linguistiques sont non seulement essentielles pour répondre aux exigences du permis d'exercice, mais aussi pour préparer et réussir efficacement des examens complexes pour obtenir un permis.⁸⁵ Cependant, les défis vont bien au-delà de la performance aux tests. Même lorsque les PSFE démontrent une connaissance adéquate de la phonologie, du vocabulaire et de la grammaire, ils peuvent avoir des difficultés avec les aspects socioculturels nuancés de la communication sur le lieu de travail.⁸⁶ On peut dire que ces aspects sont plus critiques pour la performance professionnelle dans les contextes cliniques que les connaissances linguistiques formelles, notamment la compréhension des expressions idiomatiques,

la navigation dans les styles de communication indirects et l'interprétation des indices spécifiques au contexte. De telles lacunes en matière de communication peuvent entraîner des malentendus avec des collègues ou la patientèle et, dans certains cas, être utilisées pour renforcer les préjugés xénophobes ou raciaux existants.⁸⁷ En outre, certaines données suggèrent que, pour les immigrantes et immigrants, la maîtrise de la langue n'est pas nécessairement corrélée à l'emploi, et qu'une discrimination considérable est basée sur l'accent plutôt que sur la capacité à comprendre.⁸⁸

Les compétences socioculturelles canadiennes

Plusieurs PSFE ont de la difficulté à s'adapter aux exigences du milieu de travail, aux approches centrées sur la clientèle et aux interactions interprofessionnelles, qui sont différentes de celles de leur pays d'origine. Il s'agit notamment d'entamer de petites discussions informelles avec les patientes et patients ou de favoriser la prise de décision collaborative, ce qui implique de remettre en question les normes hiérarchiques.^{89, 90} Bien qu'elles ne soient pas liées aux compétences cliniques, ces attentes socioculturelles sont essentielles à la réussite dans le milieu du travail.



Plusieurs PSFE ont de la difficulté à s'adapter aux exigences du milieu de travail, aux approches centrées sur la clientèle et aux interactions interprofessionnelles, qui sont différentes de celles de leur pays d'origine.

Selon des études, plusieurs spécialistes en services financiers et en entreprise (PSFE) obtiennent leur autorisation d'exercice sans avoir développé complètement les aptitudes sociales et culturelles requises pour exercer leurs fonctions au quotidien. Lorsqu'il y a des défauts d'alignements dans le milieu du travail, on interprète trop souvent cela comme des déficiences personnelles plutôt que comme des besoins d'apprentissage contextuels.⁹¹ Dans certains cas, ces différences sont citées comme motifs pour refuser la progression vers l'obtention du permis d'exercice, plutôt que d'être abordées par l'orientation, le coaching ou le mentorat.⁹²

Il est important de ne pas considérer que les PSFE sont les seuls responsables de surmonter ces obstacles. Considérer les défis d'intégration exclusivement en fonction des manques des PSFE à cet égard ne tient pas compte du fait que les professionnelles et professionnels de la santé formés au Canada sont également confrontés à des limites en ce qui concerne les interactions interculturelles. Ils peuvent aussi manquer de préparation pour répondre aux besoins de soins de santé de divers patientes et patients, ainsi qu'aux besoins d'apprentissage et personnels uniques des PSFE.

Comme le souligne une étude récente, les éducatrices et éducateurs eux-mêmes se sentent souvent mal équipés pour enseigner aux IFE et découvrir des perspectives précieuses grâce à l'apprentissage réciproque. Cela révèle que l'intégration est un processus partagé qui nécessite une réflexion et un soutien institutionnel.⁹³ Les spécialistes formés à l'étranger apportent au système de santé des atouts distincts qui sont souvent sous-évalués. Leurs origines culturelles, leurs langues et leurs expériences vécues peuvent refléter celles de diverses populations de la patientèle. Cela permet aux PSFE de combler les lacunes en matière de communication tout en favorisant une plus grande confiance, un plus grand confort et une meilleure compréhension chez les patientes et patients.⁹⁴

La perte personnelle et la détresse émotionnelle

Au-delà de la quête d'un emploi ou d'une profession adéquate, plusieurs PSFE émigrent pour améliorer la qualité de vie de leur famille. Cela implique des sacrifices personnels importants, notamment la perte d'un statut social plus élevé, une meilleure qualité de vie et des réseaux de soutien plus solides dans leur pays d'origine. Même les personnes

qui n'ont pas d'enfants peuvent considérer ces sacrifices comme des investissements dans le bien-être de l'avenir de leur famille.⁹⁵

La conscience de soi des PSFE est souvent profondément liée à leur statut professionnel,⁹⁶ ce qui rend la discrimination au travail particulièrement préjudiciable à leur bien-être émotionnel. L'incapacité d'obtenir des placements en résidence, par exemple, peut être profondément pénible pour les DIM et les DIP.⁹⁷ Outre la nature exigeante de leurs professions, plusieurs PSFE ont besoin d'un soutien financier et émotionnel supplémentaire, ce qui limite leur succès. Ces défis nourrissent des sentiments de doute et de regret quant à leur décision de migrer, aggravant le bilan émotionnel de leur aventure migratoire.⁹⁸



Les meilleures pratiques et les approches innovantes

Cette section met en évidence des exemples internationaux et canadiens d'interventions réussies d'intégration en milieu de travail qui peuvent être adaptées pour améliorer les résultats des PSFE sur le marché du travail au Canada.

Selon ce rapport, l'innovation est un processus holistique. La valeur est créée en répondant aux besoins non satisfaits, en résolvant les problèmes et en saisissant les opportunités grâce à des approches nouvelles et améliorées. Cela va au-delà des progrès technologiques pour inclure des améliorations dans les processus, les modèles organisationnels et les pratiques sociales qui entraînent des changements significatifs. En adoptant des perspectives diverses, en favorisant la collaboration et en encourageant des solutions créatives, l'innovation offre le potentiel d'améliorer les voies d'intégration des PSFE et de remédier aux pénuries de main-d'œuvre.

Au niveau sociétal

Les politiques et les structures de gouvernance jouent un rôle central au niveau sociétal. Pour éliminer les obstacles et établir des voies qui permettent aux PSFE de contribuer de manière significative au système de soins de santé, il faut absolument avoir des politiques efficaces, coordonnées et avant-gardistes.

Les meilleures pratiques internationales

Les pays qui ont excellé dans l'intégration des PSFE ont adopté des stratégies innovantes pour rationaliser la reconnaissance des titres de compétences et créer des voies structurées pour l'intégration de la main d'œuvre. Cette section examine les meilleures pratiques de l'Australie, de l'Irlande et du Royaume-Uni, dont les modèles réussis offrent des leçons précieuses pour attirer et intégrer les PSFE.

Australie

Lorsqu'on considère les revenus comme une mesure d'intégration, l'Australie surpasse le Canada en ce qui concerne les personnes nouvellement arrivées titulaires de diplômes en médecine et en sciences infirmières.

Une étude de 2021 évaluant les résultats des programmes de migration permanente dans les deux pays met en évidence des disparités importantes.⁹⁹ En Australie, moins de 5 % des titulaires d'un diplôme international de sciences infirmières et environ 10 % des titulaires d'un diplôme de médecine gagnaient en dessous du revenu médian de toutes les personnes dans leurs domaines respectifs, quelle que soit la période d'arrivée.



En revanche, parmi les titulaires d'un diplôme en médecine qui sont arrivés au Canada entre 2009 et 2016, 70 % gagnaient moins de la moitié du revenu médian des personnes nées au Canada dans les mêmes domaines. La situation était légèrement meilleure pour les arrivées antérieures, entre 2001 et 2008, avec moins de 50 % des personnes nouvellement arrivées gagnant en dessous de ce seuil. Pour les titulaires d'un diplôme en sciences infirmières, la proportion était de 20 %.

Le rapport décrit ci-après les facteurs clés qui contribuent à ce succès relatif en Australie. Il s'agit notamment de :

> **Leadership centralisé** — Le gouvernement fédéral australien a démontré une plus grande capacité à conduire la réforme nationale de la migration au cours des trois dernières décennies. Un leadership centralisé fort a permis la création du National Office of Overseas Skills Recognition — office national de reconnaissance des compétences acquises à l'étranger, en 1989. Ce bureau promeut les normes nationales pour la reconnaissance des compétences, les évaluations basées sur les compétences et les voies de transition. Bien qu'en Australie, l'octroi du permis d'exercice soit techniquement régi par les lois des États et des territoires, toutes les juridictions ont adopté une loi nationale commune sur la

réglementation des spécialistes de la santé qui a établi un cadre réglementaire unique. Ceci est administré au niveau national par l'Australian Health Practitioner Regulation Agency en partenariat avec des conseils spécifiques aux professions. Ce modèle coopératif permet aux spécialistes de la santé, une fois inscrits, d'exercer dans tout le pays. Les évaluations des qualifications prémigration et la maîtrise de l'anglais sont obligatoires et alignées sur les normes professionnelles. Par contre, le système hautement décentralisé du Canada a conduit à des politiques fragmentées et à des réformes plus lentes. La grande autonomie des provinces pose des défis pour la mise en œuvre de normes nationales uniformes pour la reconnaissance des titres de compétences et l'évaluation linguistique.

> **La sélection menée par l'employeur et la migration axée sur la demande** — L'Australie a donné la priorité à un système axé sur la demande, permettant aux employeurs d'identifier des personnes nouvellement arrivées qualifiées pour des emplois préarrangés, les dossiers de ces personnes étant traités de manière accélérée en vertu d'un traitement prioritaire. En 2016, les immigrantes et immigrants identifiés par l'employeur ont dépassé les taux d'emploi et les revenus des personnes sélectionnées par le biais de systèmes indépendants basés sur des points. Le système d'immigration en deux points de l'Australie, qui permet aux travailleuses et travailleurs temporaires de passer à la résidence permanente, a encore amélioré les résultats en s'attaquant aux pénuries de main-d'œuvre et en assurant un emploi préétabli.

> **Les programmes de transition et la reconnaissance précoce des titres de compétences** — L'Australie a investi tôt dans des programmes de transition complets, qui

comprènent la préparation aux examens, une formation modulaire et des partenariats avec l'industrie pour les migrantes et migrants temporaires et permanents. Par contre, le Canada a eu du mal à fournir des programmes de transition cohérents; ceux-ci demeurent intermittents, difficiles d'accès et limités aux personnes ayant la résidence permanente.

Irlande

L'Irlande est devenue un chef de file dans l'attraction des DIM, qui représentent plus de 40 % des médecins du pays. Ce succès résulte d'une combinaison de campagnes de recrutement stratégiques, de politiques de soutien et d'un processus de permis innovant. Ensemble, ils créent un environnement propice à l'attraction de professionnelles et professionnels de la santé internationaux hautement qualifiés :

- > **Campagnes de recrutement internationales**
 - La croissance des DIM en Irlande a été stimulée par des campagnes de recrutement bien orchestrées. Entre 2010 et 2013, l'Irlande



L'Irlande est devenue un chef de file dans l'attraction des DIM, qui représentent plus de 40 % des médecins du pays. Ce succès résulte d'une combinaison de campagnes de recrutement stratégiques, de politiques de soutien et d'un processus de permis innovant.

a activement recruté des médecins de l'Inde, du Pakistan et de l'Afrique du Sud.¹⁰⁰ Malgré le problème des professionnelles et professionnels de la santé nés en Irlande qui quittent l'Irlande en nombre important, ce modèle peut orienter la pratique canadienne.¹⁰¹

> **Politiques de facilitation — Les flux d'immigration des travailleuses et travailleurs qualifiés** un règlement de 2012 permettant aux spécialistes de la santé non membres de l'UE ayant des postes préétablis de travailler sans visa, et d'autres politiques ont renforcé l'attraction et l'intégration des DIM.¹⁰²

> **Processus de permis simplifié** L'Irlande dispose d'un processus de permis innovant qui exempte les DIM qui répondent à des critères spécifiques d'examens. Le Medical Council of Ireland accepte les stages de divers pays, dont la Malaisie, le Pakistan, l'Afrique du Sud et le Royaume-Uni, comme équivalents aux stages irlandais. Les candidates et candidats admissibles ayant effectué des stages reconnus ou des qualifications supérieures (par exemple, une spécialisation en pédiatrie), possédant une maîtrise de l'anglais, un certificat de bonne réputation et un diplôme en médecine d'un établissement reconnu peuvent faire valider leurs qualifications et obtenir un permis sans autre test. Les personnes qui ne répondent pas à ces critères peuvent passer le Pre-Registration Examination System (PRES) — système d'examen préalable à l'inscription, pour évaluer leurs connaissances et leurs compétences pratiques.

Malgré ces efforts, certains défis persistent. De nombreux médecins issus de l'immigration, non membres de l'UE, se retrouvent confinés à des postes hospitaliers subalternes qui offrent des possibilités limitées d'avancement professionnel. Ce manque de mobilité ascendante entraîne souvent

une déqualification, car il est possible que ces postes n'utilisent pas pleinement leurs qualifications ou leur expertise, contribuant ainsi à la frustration et à des taux de roulement élevés.¹⁰³ La forte dépendance de l'Irlande à ces postes subalternes souligne la nécessité cruciale de s'attaquer aux obstacles systémiques à la progression de carrière.

Royaume-Uni

Le Royaume-Uni a établi des voies solides pour l'intégration de médecins formés à l'étranger dans son système de soins de santé. Selon des rapports récents, au Royaume-Uni, 38 % des médecins ont reçu leur formation médicale à l'extérieur du pays.¹⁰⁴ Le succès du Royaume-Uni dans ce domaine repose sur son processus structuré et transparent d'obtention du permis d'exercice, supervisé au niveau national par le General Medical Council (GMC). Le GMC garantit des normes rigoureuses tout en offrant des voies claires et accessibles pour l'entrée des candidates et candidats internationaux au sein du personnel de santé du pays :

> Admissibilité et vérification des diplômes —

Pour être admissibles à un permis d'exercice au Royaume-Uni, les diplômées et diplômés en médecine de pays non membres de l'UE doivent être titulaires d'un diplôme d'un établissement figurant dans l'Educational Commission for Foreign Medical Graduates. Le diplôme doit être vérifié par la Commission auprès de l'institution ou des institutions émettrices. Bien que les relevés de notes ne soient pas requis dans le cadre

du processus, les spécialistes peuvent avoir besoin de fournir des preuves supplémentaires pour valider leurs qualifications. Le GMC tient à jour une liste des qualifications médicales qui ne sont pas acceptées, offrant transparence et clarté aux candidates et candidats.¹⁰⁵

> **Évaluation nationale** — Les candidates et candidats internationaux doivent réussir le test Professional and Linguistics Assessment Board, qui évalue les connaissances médicales et les compétences cliniques. Le processus comprend deux parties. Tout d'abord, un examen à choix multiples de trois heures est conçu pour évaluer la compréhension théorique de la pratique médicale de base de la candidate ou du candidat. Ensuite, un examen clinique structuré objectif teste les compétences cliniques, les capacités de communication et la prise de décision dans des contextes pratiques à l'aide de 16 scénarios.¹⁰⁶

> Exigences en matière d'expérience clinique

— Pour se qualifier pour l'inscription, les candidates et candidats doivent compléter, soit la première année du programme de la U.K. Foundation ou un stage équivalent à l'extérieur du pays. Ce stage doit durer au moins 12 mois, avec un minimum de trois mois dans chacune des disciplines de la médecine et de la chirurgie. Si les candidates et candidats fournissent la preuve d'une expérience de stage acceptable, aucune autre formation, évaluation de la pratique ou résidence ne sont requises.¹⁰⁷



> **Maitrise de l'anglais** — Le GMC offre plusieurs options pour démontrer la maitrise de l'anglais. Ces possibilités comprennent :

1

Passer un examen d'anglais approuvé, tel que l'International English Language Testing System (IELTS) ou l'Occupational English Test (OET).

2

Fournir une lettre d'un employeur de soins de santé confirmant deux ans ou plus de pratique médicale menée en anglais.

3

Soumettre la preuve que le diplôme de médecine de la candidate ou du candidat a été obtenu à la suite d'un enseignement en anglais.

4

Soumettre une offre d'emploi à partir d'une institution de soins de santé du Royaume-Uni, l'employeur remplissant le formulaire de validation requis pour confirmer la compétence linguistique de la candidate ou du candidat.¹⁰⁸

Depuis 2016, le recrutement et l'intégration de personnel infirmier non membre de l'Espace économique européen (EEE) au Royaume-Uni ont considérablement changé, en raison du Brexit et des nouvelles exigences linguistiques en anglais.¹⁰⁹ Cela a entraîné une baisse du recrutement d'infirmières et infirmiers de l'EEE, tout en augmentant le nombre de personnes inscrites formées dans des pays non membres

de l'EEE. Par exemple, les nouvelles infirmières et nouveaux infirmiers inscrits formés dans des pays non membres de l'EEE ont atteint un sommet de 32 ans en Angleterre en 2022-2023, avec environ 24 300 recrues.¹¹⁰ De même, les données de 2018 montrent que 35,6 % de tout le personnel infirmier formé à l'étranger au Royaume-Uni provenait de l'extérieur de l'UE.¹¹¹ Ces changements ont été soutenus par des accords bilatéraux, un processus national rigoureux d'octroi de permis et un accent sur l'efficacité.

> **Accords bilatéraux** — Le Royaume-Uni a établi des accords formels avec plusieurs pays, notamment les Philippines, l'Inde, la Malaisie, le Kenya, le Népal et le Sri Lanka.¹¹² Ces accords définissent les conditions clés du recrutement des PSFE et mettent l'accent sur la collaboration dans la planification du personnel de santé. Une caractéristique importante de ces accords est l'élaboration de systèmes permettant de reconnaître mutuellement les compétences, les qualifications et les diplômes.

> **Processus national d'obtention du permis** —

Le processus d'obtention du permis pour les IFE reflète l'approche structurée pour les médecins, avec des étapes définies pour maintenir des normes élevées tout en étant accessible aux candidates et candidats internationaux. Pour le personnel infirmier, la validation des titres de compétences garantit que les qualifications répondent aux normes du Royaume-Uni. La maitrise de l'anglais peut être démontrée par l'éducation, l'expérience professionnelle ou des tests approuvés, comme l'IELTS ou l'OET, ce qui est similaire aux parcours des médecins. Les infirmières et infirmiers doivent passer un test informatique pour évaluer leurs connaissances théoriques et un examen clinique structuré objectif pour évaluer leurs compétences

pratiques, similaire au test en deux parties pour les médecins Professional and Linguistics Assessment Board.^{113, 114}

- > **Délais, coûts et efficacité** — Le processus est conçu pour être efficace et prévoit faire l'évaluation des titres de compétences en 14 jours et finaliser un permis d'exercice dans les 30 jours après avoir passé les évaluations requises et, si nécessaire, un test de langue. Le délai minimum d'obtention du permis est d'environ cinq mois, les coûts totaux s'élevant à l'équivalent de 1975 \$ CAN. Les candidates et candidats qui échouent à l'évaluation des titres de compétences et qui se retirent du processus sont admissibles à un remboursement. L'évaluation accélérée des titres de compétences en 14 jours suggère que les accords bilatéraux et les précédents établis jouent un rôle clé dans la rationalisation du processus.¹¹⁵

Allemagne

Bien que l'Allemagne ne présente peut-être pas le même niveau de succès dans l'intégration des PSFE que les pays mentionnés ci-dessus, sa loi fédérale sur la reconnaissance offre des informations précieuses pour relever les défis de la reconnaissance des titres de compétences. Introduite en 2012, la loi établit un cadre normalisé pour l'évaluation des qualifications étrangères. Cela crée une approche coordonnée au niveau fédéral qui assure la cohérence et la transparence entre les États et les professions en Allemagne, y compris les soins de santé.¹¹⁶ La loi accorde aux immigrantes et immigrants non européens le droit légal de faire examiner leurs titres de compétences et exige que cela soit complété en trois mois.¹¹⁷

La loi fédérale sur la reconnaissance a considérablement amélioré l'intégration des immigrantes et immigrants non européens sur le marché du travail allemand. Une étude de l'Institute of Labour Economics a révélé que la loi a entraîné une augmentation de 15 % de la part de la main-d'œuvre composée de personnes immigrantes possédant des qualifications étrangères reconnues.¹¹⁸ Cette amélioration a facilité une augmentation de l'emploi et des salaires pour les immigrantes et immigrants non européens dans les professions requérant une certification, contribuant à réduire les disparités dans les niveaux d'emploi et les salaires. Notamment, l'étude n'a trouvé aucune preuve d'impacts négatifs sur l'emploi ou les salaires pour les travailleuses et travailleurs déjà sur le marché du travail domestique.



Les initiatives récentes au Canada

Le leadership centralisé et les cadres nationaux se sont révélés essentiels pour fournir des voies d'accès aux PSFE dans divers contextes internationaux. Les exemples mentionnés ci-dessus soulignent comment des politiques et des systèmes coordonnés peuvent établir des voies claires et rationalisées vers l'obtention d'un permis d'exercice et l'emploi. Ils contribuent à assurer la cohérence, l'efficacité et l'alignement sur les besoins du marché du travail.

En revanche, le Canada fait face à des défis importants en matière d'intégration des PSFE, en grande partie en raison de son système de soins de santé décentralisé. Bien que le gouvernement fédéral établisse des normes nationales générales et fournisse du financement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, l'administration et la prestation des services de santé et la réglementation des professions de la santé sont gérées indépendamment par chaque 13 provinces et territoires. Il en résulte un environnement réglementaire complexe et fragmenté.

En fin de compte, les permis d'exercice sont délivrés par les organismes de réglementation provinciaux. Cependant, les PSFE de nombreuses disciplines doivent également répondre aux exigences de certification nationales. Par exemple, les médecins spécialistes doivent être certifiés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou le Collège des médecins de famille du Canada, ou doivent réussir des examens nationaux administrés par des organismes comme le Conseil médical du Canada. En conséquence, les PSFE sont souvent confrontés à des évaluations qui se chevauchent ou qui font double emploi, à des délais confus et à des normes incohérentes, ce qui entrave leur intégration en temps opportun dans le personnel de santé.



les PSFE sont souvent confrontés à des évaluations qui se chevauchent ou qui font double emploi, à des délais confus et à des normes incohérentes, ce qui entrave leur intégration en temps opportun dans le personnel de santé.

Les différences interprovinciales en matière de permis d'exercice continuent de constituer des obstacles importants pour les PSFE, ce qui complique leur emploi. Des initiatives de collaboration récentes démontrent qu'un plus grand alignement est possible. Le Registre de L'Atlantique, lancé en mai 2023, en est un exemple. Il a été conçu pour permettre aux médecins titulaires d'un permis en Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard ou à Terre-Neuve-et-Labrador d'exercer dans les quatre provinces sans devoir obtenir un nouveau permis. Selon une évaluation récente, le Registre de l'Atlantique a marqué une étape importante vers l'élimination des silos provinciaux, montrant que les organismes de réglementation peuvent collaborer pour reconnaître les titulaires de permis les uns des autres. L'évaluation a également révélé que, bien que la portabilité des permis soit une avancée importante, il ne s'agit pas d'une solution autonome pour la distribution des médecins ou l'amélioration de l'accès aux soins de santé.¹¹⁹

En octobre 2023, le ministre fédéral de la Santé et les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé (à l'exclusion du Québec) se sont engagés à élaborer un cadre pancanadien qui permettrait aux médecins en règle d'exercer dans toutes les juridictions.¹²⁰ Un cadre pancanadien d'octroi de permis améliorerait considérablement la mobilité de l'emploi des PSFE. Cette flexibilité pourrait aider à combler les lacunes en matière de main-d'œuvre dans les régions en permettant aux provinces de recruter des PSFE agréés d'autres juridictions. Cela ferait également du Canada une destination plus attrayante pour les professionnelles et professionnels de la santé qualifiés, en offrant l'accès à un marché du travail national grâce à un permis unique.

Compte tenu des préoccupations concernant les pénuries de personnel dans la main d'œuvre des soins de santé, le gouvernement fédéral s'est efforcé d'améliorer l'intégration des PSFE. En janvier 2024, le ministre de l'Emploi du Canada a annoncé un investissement pouvant atteindre 86 millions de dollars pour 15 organisations à travers le Canada afin d'améliorer la reconnaissance des titres de compétences étrangers pour 6 600 PSFE.¹²¹ L'intégration des PSFE serait alors améliorée dans trois domaines clés :

- > Réduire les obstacles à la reconnaissance des titres de compétences étrangers en simplifiant les étapes d'accréditation et en améliorant l'accès à la pratique.
- > Fournir aux PSFE une expérience de travail dans leur domaine de pratique prévu, tout en intégrant des soutiens globaux, comme des allocations pour enfants et pour le transport.
- > Faciliter la mobilité de la main d'œuvre pour les PSFE, entre les juridictions. En réduisant les obstacles systémiques pour les personnes qui veulent travailler dans différentes provinces.

Au niveau organisationnel

Pour améliorer la façon dont les PSFE entrent dans le système de santé canadien et y subsistent, il faut agir sur plusieurs fronts. L'allocation d'un permis détermine si les PSFE peuvent exercer dans leur domaine. Les parcours d'emploi influencent la façon dont ils entrent sur le marché du travail et peuvent y croître. Les employeurs de soins de santé inclusifs déterminent si les PSFE prospèrent dans leur emploi.

La section suivante met en évidence les modèles prometteurs déjà en place et indique les mesures que les employeurs et les responsables de la réglementation peuvent prendre pour créer des environnements de soins de santé plus inclusifs et équitables.

Le permis d'exercice

Les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger sont souvent confrontés à des processus d'obtention de permis fragmentés, opaques et incohérents qui retardent ou empêchent leur capacité à exercer. Un nombre croissant d'innovations organisationnelles et réglementaires répondent à ces défis, comme la préparation avant l'arrivée, les accords de reconnaissance mutuelle et les catégories de permis supervisés. Il est important d'évaluer les PSFE en fonction de leurs compétences démontrées par la reconnaissance des titres professionnels basée sur les compétences et par l'évaluation et la reconnaissance des acquis technologiques. Les approches comme les programmes de transition initiés par l'employeur et les évaluations de la préparation à l'emploi créent pour les PSFE des opportunités de développer des compétences et de démontrer leur préparation au milieu de travail, ce qui conduit à l'intégration dans la main-d'œuvre.



La préparation à l'obtention du permis avant l'arrivée

L'accès anticipé aux renseignements sur les permis et aux services de soutien joue un rôle clé dans la création d'étapes transparentes vers le statut professionnel. Les services de conseil et l'orientation en matière de qualifications avant l'arrivée réduisent l'incertitude et favorisent de meilleurs résultats en matière d'emploi. Le programme ACCES Emploi est un exemple canadien d'un programme avant l'arrivée qui offre ce type de soutien. Cette organisation offre aux immigrantes et immigrants approuvés un apprentissage en ligne personnalisé, des webinaires ciblés, des connexions avec les employeurs et un coaching individuel adapté à la période précédant l'arrivée.¹²²

Les parcours de reconnaissance mutuelle

Les parcours de reconnaissance mutuelle peuvent faciliter l'entrée dans les professions de la santé réglementées du Canada en réduisant les exigences d'émission de permis en double. Il s'agit d'accords officiels par lesquels les organismes de réglementation canadiens reconnaissent les titres de compétences, les examens et les normes de formation de certaines juridictions comme répondant aux exigences locales.

Plutôt que d'exiger que les PSFE se soumettent à une réévaluation complète des titres de compétences ou à des programmes de transition, les responsables de la réglementation peuvent accepter des qualifications vérifiées provenant de pays de confiance. Ces dispositions réduisent les

barrières à l'entrée, réduisent les coûts et les délais de traitement, et favorisent une intégration plus rapide dans le personnel de la santé.

Le College of Registered Nurses of Alberta (CRNA) a récemment introduit des modifications de permis qui rationalisent le processus pour les IFE de pays comme les Philippines, l'Inde, les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie, le Nigéria, la Jamaïque, la Nouvelle-Zélande et l'Irlande.¹²³ Les candidates et candidats de ces pays ne sont plus tenus de se soumettre à des évaluations d'accréditation. Au lieu de cela, le CRNA se concentre exclusivement sur la validation des documents. Ce virage vers un modèle de reconnaissance mutuelle a produit des résultats immédiats : au cours du premier mois, le CRNA a enregistré 1 413 IFE, soit plus de 2,5 fois le nombre d'IFE enregistrées au cours des quatre années précédentes combinées.¹²⁴

Les programmes de transition

Les programmes de transition comblient les lacunes en matière d'éducation, de normes professionnelles, de langue et de familiarité avec le système de soins de santé. Combiner l'apprentissage en classe avec une expérience pratique, généralement par le biais de stages cliniques ou de stages pratiques, est une caractéristique déterminante de ces initiatives. Cependant, de nombreux programmes ont du mal à obtenir des placements en raison d'engagement limité de la part des employeurs et des idées fausses sur les soutiens dont les PSFE ont besoin.¹²⁵ Le manque d'expérience pratique qui en résulte peut retarder l'obtention du permis d'exercice et l'emploi. Les preuves montrent que les PSFE qui ont acquis une expérience de travail connexe au cours de l'accréditation étaient nettement plus susceptibles de trouver un emploi après l'obtention du permis (65 % contre 41 %), soulignant l'importance d'élargir les possibilités de placement.¹²⁶

Tirer parti de la technologie pour l'évaluation et la reconnaissance des acquis

Contournant les exigences redondantes et inefficaces en matière de permis d'exercice, la technologie de reconnaissance des acquis (RDA) reconnaît les compétences et les connaissances existantes des PSFE. Cette technologie valorise l'apprentissage formel, informel et expérientiel. Alors que la RDA a souvent été critiquée pour son utilisation intensive des ressources, la technologie commence à transformer la RDA en une pratique plus évolutive et plus accessible. Une étude pilote d'un outil de RDA en ligne destiné aux IFE s'est révélée prometteuse pour évaluer objectivement l'éligibilité aux examens d'accréditation.¹²⁷ Les plateformes basées sur l'intelligence artificielle offrent un potentiel important pour améliorer la RDA en rationalisant la collecte de preuves, en identifiant les lacunes en matière de compétences et en améliorant la prise de décision grâce à des informations basées sur les données. Les plateformes ont la capacité de réduire la subjectivité, de soutenir des expériences d'apprentissage personnalisées et accessibles et d'améliorer l'efficacité administrative.¹²⁸



*Les provinces ont mis en place des parcours d'obtention de **permis spéciaux** qui permettent aux PSFE de commencer à exercer dans des postes supervisés pendant qu'ils complètent les étapes des exigences restantes pour obtenir leur permis.*

Programmes d'évaluation de la capacité à exercer

Ces évaluations sont des programmes cliniques de 12 semaines qui placent les participantes et participants sous la supervision de médecins agréés. Cela permet aux PSFE de démontrer leur capacité à fournir des soins sûrs et efficaces au sein du système de santé canadien. En plus d'offrir un moyen d'obtenir un permis d'exercice, les programmes d'évaluation de la capacité à exercer aident également à remédier aux pénuries de médecins dans les communautés mal desservies. Les candidates et candidats qui réussissent l'évaluation concluent généralement un accord de retour de service, s'engageant à travailler dans des zones où l'accès aux soins de santé est limité.¹²⁹ Malgré leur promesse, les programmes d'évaluation de la capacité à exercer demeurent sous-utilisés et mis en œuvre de manière incohérente.

Les nouvelles catégories de permis

Partout au Canada, les provinces ont mis en place des parcours d'obtention de permis spéciaux qui permettent aux PSFE de commencer à exercer dans des postes supervisés pendant qu'ils complètent les étapes des exigences restantes pour obtenir leur permis. Par exemple, la catégorie temporaire de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario permet aux candidates et candidats en soins infirmiers de travailler comme personnel infirmier tout en complétant les exigences d'inscription.¹³⁰ Pour les IFE, cela signifie la possibilité de gagner un revenu et d'acquérir une expérience de travail au Canada tout en finalisant leur permis d'exercice. De même, le permis d'exercice de médecin associé du College of Physicians and Surgeons of BC est une classe restreinte qui permet aux DIM d'exercer sous supervision lorsqu'ils ne sont pas encore admissibles à un permis d'exercice.¹³¹ De tels

programmes permettent aux PSFE de commencer à utiliser leurs compétences au Canada avant de finaliser tous les examens ou équivalences de formation. Administrés par les organismes de réglementation, ces modèles de permis sont conçus pour réduire les retards imposés aux PSFE et renforcer les capacités du système de santé en répondant aux besoins critiques en personnel.

La reconnaissance des titres professionnels basée sur les compétences

Ces approches évaluent si les candidates et candidats possèdent les connaissances, les compétences et le jugement nécessaires pour pratiquer de manière sûre et efficace au sein du système de santé canadien. Ces modèles permettent aux régulateurs d'évaluer les PSFE en fonction de leur capacité démontrée, quel que soit l'endroit où leur formation a eu lieu. Ceci est précieux pour les professionnelles et professionnels dont les qualifications ne correspondent pas parfaitement aux normes académiques canadiennes, mais qui ont une vaste expérience clinique. En se concentrant sur ce que les candidats peuvent faire, plutôt que sur l'endroit où ils ont été formés, les évaluations basées sur les compétences peuvent réduire l'exclusion et accélérer l'entrée sur le marché du travail.

Les exemples incluent Inspire Global Assessments en Colombie-Britannique, qui offre une plateforme utilisant une combinaison d'évaluation informatique et de simulation en laboratoire pour évaluer les habiletés, les connaissances et les compétences des candidates et candidats. Ces évaluations sont conçues pour identifier les points forts ainsi que les domaines à améliorer, en fournissant aux IFE une feuille de route claire de leur parcours vers l'obtention du permis d'exercice. Les résultats



sont partagés avec les candidates et candidats et les organismes de réglementation, ce qui conduit à des décisions éclairées concernant la formation continue ou la préparation à la pratique.¹³²

Réduire les redondances dans les tests de compétence linguistique

Les tests linguistiques normalisés répétés imposent des contraintes financières et émotionnelles et peuvent retarder l'obtention du permis d'exercice malgré les preuves de compétence. Certains régulateurs ont introduit une plus grande flexibilité. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario accepte une formation ou une pratique récente en soins infirmiers en anglais ou en français au cours des deux dernières années comme preuve suffisante.¹³³ De même, l'Alberta et la Colombie-Britannique reconnaissent l'expérience professionnelle ou les études réalisées dans des juridictions anglophones lors de l'évaluation des exigences linguistiques pour l'obtention d'un permis. À l'échelle internationale, les organismes de réglementation, comme le General Medical Council du Royaume-Uni et le Medical Council of Ireland acceptent les pratiques en anglais vérifiées ou une confirmation des employeurs. Étendre ces pratiques au Canada peut réduire le chevauchement, accélérer l'entrée sur le marché du travail et mieux reconnaître la formation et l'expérience antérieures des PSFE.

Le rôle des employeurs du secteur de la santé

Les employeurs du secteur de la santé peuvent créer des environnements inclusifs qui intègrent les PSFE et génèrent la loyauté en milieu de travail. Les sous-sections suivantes explorent les politiques et les pratiques d'EDI dans cinq dimensions : la gouvernance, les ressources humaines, la culture du milieu de travail, la mesure et le suivi, ainsi que la sensibilisation et l'expansion du bassin de talents.

La gouvernance

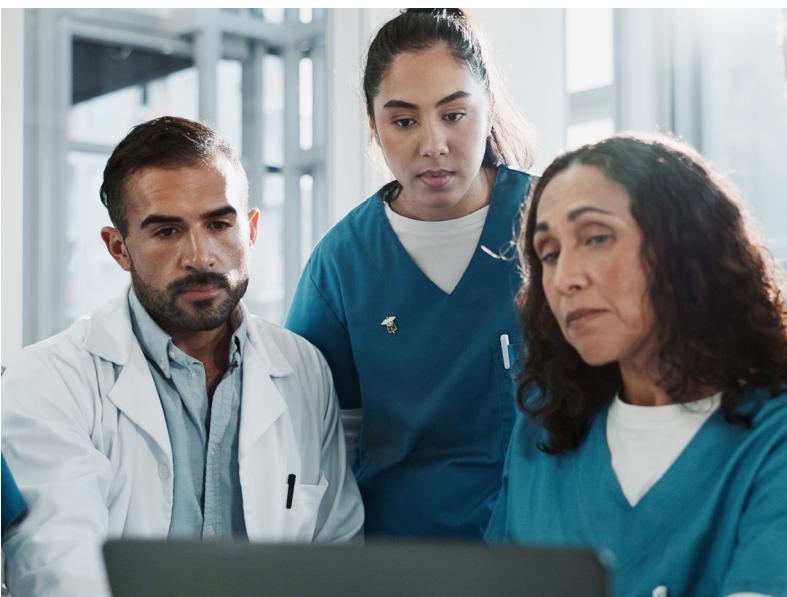
Au niveau du leadership, l'EDI renforce la prise de décision stratégique en intégrant un large éventail de perspectives et favorise une culture d'appartenance qui résonne dans l'ensemble d'une organisation.^{134, 135, 136} Dans le domaine des soins de santé, il est crucial d'avoir un leadership diversifié pour favoriser les compétences culturelles, fournir des soins équitables et répondre aux besoins de diverses communautés.¹³⁷

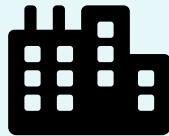
Malgré ces avantages reconnus, les groupes méritant l'équité sont sous-représentés dans le leadership du secteur des soins de santé. La recherche indique que les personnes racisées, en particulier les immigrantes et immigrants de première génération, rencontrent des obstacles importants à l'avancement, y compris des défis systémiques, comme la discrimination fondée sur la race.¹³⁸ La représentation au sein de la gouvernance diffère selon les régions, certains conseils d'administration des hôpitaux reflétant activement la diversité de leurs communautés.¹³⁹ Fait encourageant, Toronto compte plusieurs organisations qui donnent l'exemple.

En 2019, l'hôpital William Osler Health System est devenu le premier hôpital canadien à être reconnu comme un des meilleurs employeurs

du Canada en matière de diversité pendant neuf années consécutives, reflétant un solide engagement en faveur de l'accessibilité, de l'équité et de l'inclusion.¹⁴⁰ Son conseil consultatif sur la diversité, comptant de 50 à 60 champions de la diversité, y compris des cadres supérieurs, est au cœur de cette réalisation. Le conseil se réunit tous les deux mois pour promouvoir un environnement inclusif, aborder les questions clés et augmenter les connaissances grâce à des conférencières et conférenciers spécialisés.¹⁴¹

Le Scarborough Health Network est un autre exemple d'EDI dans la gouvernance. Le réseau a mis en place un département du développement organisationnel et de la diversité, dirigé par un directeur dédié, pour soutenir sa communauté diversifiée. Son programme de développement du leadership comprend une formation obligatoire de sensibilisation aux préjugés. En outre, en 2016, tous les cadres ont réalisé une évaluation du leadership à 360 degrés développée avec la MIT Sloan School of Management, comprenant un indice de diversité pour évaluer l'inclusivité et stimuler l'innovation.¹⁴²





Pinecrest-Queensway a développé une main-d'œuvre dont près de 40 % reflète la population multiculturelle qu'il sert.

Le Sunnybrook Health Sciences Centre fait preuve d'engagement similaire envers le leadership, par le biais de son comité des professionnels formés à l'étranger. Ce groupe contribue à façonner la stratégie de ressources humaines du Sunnybrook, en se concentrant sur l'attraction, la formation et la rétention de professionnelles et professionnels formés à l'étranger, tout en développant des programmes ciblés pour leur intégration.¹⁴³

Les ressources humaines

Les efforts de recrutement proactifs et intentionnels montrent un succès significatif pour la constitution d'une main-d'œuvre diversifiée et inclusive. Selon des données de 2015, le Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway a développé une main-d'œuvre dont près de 40 % reflète la population multiculturelle qu'il sert.¹⁴⁴ Cette réalisation résulte d'efforts délibérés pour recruter des personnes formées à l'étranger, en accordant une attention particulière aux exigences linguistiques, aux besoins en personnel et à la diversité de la clientèle. Le personnel impliqué dans le processus d'embauche reçoit une formation pour s'assurer que les entrevues sont accueillantes et inclusives pour l'ensemble des candidates et candidats.

Les employeurs peuvent également remédier aux pénuries de main d'œuvre en s'associant à des services de recrutement et à des organisations de soutien qui établissent des liens entre les PSFE et les organisations de soins de santé.

L'orientation et l'intégration étendues sont essentielles pour intégrer les PSFE au système de santé canadien, en les dotant des connaissances et des ressources nécessaires pour s'adapter à des cultures et à des pratiques de soins de santé inconnues. Pour obtenir des résultats significatifs, ces processus doivent être complets, incorporant des trousseaux d'information critiques, une formation spécifique à l'emploi et des occasions régulières de rétroaction et d'engagement. Pour soutenir cela, le ministère de la Santé de l'Ontario a mis en place l'initiative Orientation de carrière pour les infirmières et infirmiers.¹⁴⁵ Cette initiative offre jusqu'à 26 semaines de financement pour aider les employeurs à surmonter les contraintes en matière de ressources et permet d'instaurer des processus d'intégration robustes qui soutiennent l'intégration transparente des PSFE dans la main-d'œuvre. L'initiative a été adoptée par le St. Michael's Hospital et l'Hamilton Health Sciences.

Les stratégies efficaces pour retenir les PSFE et soutenir la progression de carrière devraient se concentrer sur la fourniture de solides occasions de développement professionnel et la création de parcours d'avancement bien définis. En Australie, les employeurs du secteur de la santé se sont associés à la Monash University pour offrir des initiatives de développement du leadership grâce au programme Women in Leadership. Le programme est offert aux femmes travaillant dans les soins infirmiers ou connexes, aux femmes travaillant dans une région rurale ou éloignée et aux femmes dans les cliniques universitaires.¹⁴⁶



La culture du milieu de travail

Les politiques et les pratiques jouent un rôle clé dans l'élaboration d'une culture organisationnelle inclusive qui respecte, valorise et soutient le personnel des groupes méritant l'équité.¹⁴⁷ Une telle culture améliore la satisfaction et la rétention du personnel tout en renforçant la capacité d'une organisation à relever des défis stratégiques et à atteindre ses objectifs.¹⁴⁸ Cependant, comme indiqué précédemment dans ce rapport, les établissements de soins de santé manquent souvent de politiques et de pratiques d'EDI qui favorisent des environnements organisationnels véritablement inclusifs. Les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger se heurtent fréquemment à des obstacles, comme la discrimination dans le milieu de travail, ce qui entraîne une insatisfaction au travail et une faible rétention.^{149, 150} En revanche, les organisations qui mettent en œuvre des pratiques axées sur l'équité créent des environnements plus respectueux et inclusifs pour les travailleuses et travailleurs de la santé et les membres de la communauté.

Revenons à l'exemple du William Osler Health System : ses efforts illustrent la relation symbiotique et de renforcement mutuel entre le leadership en matière d'EDI et la culture de la main d'œuvre inclusive. Les initiatives d'Osler, comme les programmes de bien-être du personnel, les programmes de ressources et les partenariats avec des organisations communautaires pour accroître l'accès aux soins pour les communautés mal desservies, contribuent à favoriser l'inclusion.^{151, 152} De cette façon, la culture d'appartenance d'Osler encourage la participation et l'engagement diversifiés à tous les niveaux, y compris au conseil d'administration. Ses initiatives ont contribué à un engagement accru des membres du conseil d'administration, à un nombre croissant de candidates et candidats aux postes du conseil d'administration et d'autres conseils et à la création de nouvelles opportunités de bénévolat.¹⁵³

King's College Hospital à Londres illustre comment un fort accent sur l'EDI peut façonner une culture de travail inclusive et dynamique. Orienté par les priorités définies par le General Medical Council,¹⁵⁴ y compris des références plus équitables de la part des employeurs, des cultures de formation équitables et l'inclusivité en tant qu'employeur, la stratégie d'EDI exhaustive de l'hôpital traduit ces priorités en initiatives tangibles qui favorisent un changement culturel significatif. Au cœur de son approche se trouve la mise en place de réseaux de diversité du personnel, qui constituent le pilier de l'environnement inclusif de l'hôpital. Ces réseaux organisent des ateliers, des événements et des célébrations, créant des opportunités de connexion et d'engagement parmi le personnel. Comportant plus de 3 500 membres participants en 2024, ces réseaux se sont révélés essentiels pour cultiver une culture d'appartenance et de respect mutuel.¹⁵⁵

Mesurer et suivre les objectifs

Les indicateurs et l'analyse comparative sont des outils importants pour les employeurs pour évaluer l'efficacité de leurs initiatives. L'établissement d'objectifs clairs et la mesure des résultats favorisent non seulement l'avancement des efforts en matière d'EDI, mais renforcent également la responsabilité.¹⁵⁶ Les employeurs peuvent suivre la diversité par le biais de sondages et d'entrevues anonymes, puis publier leurs résultats pour réaffirmer leur engagement en matière d'EDI et communiquer de manière transparente l'impact de leurs interventions. Ces indicateurs ont un double objectif : ils fournissent des repères pour les progrès d'une année à l'autre au sein d'une organisation tout en facilitant les comparaisons avec d'autres organisations du secteur ou de l'industrie.¹⁵⁷

Par exemple, le Royal Melbourne Hospital en Australie a élaboré son plan d'action d'EDI en utilisant une analyse complète de la vérification de base qui comprenait une vérification du genre, une analyse des données salariales et les conclusions de son sondage annuel People Matter.¹⁵⁸ Ces connaissances basées sur les données ont

orienté la mise en œuvre d'initiatives dans un large éventail de domaines, y compris les cas de harcèlement, l'équité salariale et les modalités de travail flexibles. En 2021, l'hôpital a atteint un taux de satisfaction de la culture d'entreprise de 78 % parmi les personnes ayant répondu au sondage, dépassant son objectif initial de 62 %.¹⁵⁹

Bien que les mesures agrégées fournissent une vue d'ensemble de haut niveau, les données désagrégées sont cruciales pour découvrir les disparités auxquelles sont confrontés des groupes du personnel, comme les PSFE. Cette approche granulaire est importante dans les soins de santé, où les PSFE rencontrent souvent des défis uniques liés à l'adaptation aux nouvelles cultures en milieu de travail et à la lutte contre les préjugés. En isolant les données liées aux PSFE, les organisations peuvent adapter leurs initiatives et s'assurer que les interventions sont équitables et efficaces pour l'ensemble du personnel.

La sensibilisation et l'élargissement du bassin de talents

Les employeurs du secteur de la santé peuvent étendre leur influence au-delà des efforts de diversité interne en tirant parti des partenariats pour promouvoir l'EDI à l'extérieur. Les collaborations avec les établissements d'enseignement, les organisations au service des immigrantes et immigrants et les organismes de réglementation peuvent renforcer l'écosystème entourant les PSFE, en offrant des opportunités ciblées d'obtention de permis, de mentorat et de développement professionnel.¹⁶⁰

Le programme d'intégration exhaustive des IFE du Hamilton Health Sciences est une collaboration entre les établissements d'enseignement locaux, les organismes de réglementation et les organisations communautaires. Il propose des



En 2021, l'hôpital a atteint un taux de satisfaction de la culture d'entreprise de 78 % parmi les personnes ayant répondu au sondage, dépassant son objectif initial de 62 %.



évaluations cliniques, du mentorat et des stages cliniques supervisés.¹⁶¹ Ces stages permettent aux IFE de travailler sous la supervision de professionnelles et professionnels agréés, qui les aident à respecter les normes de pratique locales et à s'assurer qu'elles et ils sont pleinement préparés pour l'obtention du permis. De 2009 à 2019, le programme a soutenu plus de 890 participantes et participants, dont plus de 524 IFE qui ont obtenu un emploi en tant qu'infirmières ou infirmiers professionnels.¹⁶²

Unity Health Toronto, grâce à sa participation au Supervised Practice Experience Partnership avec l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et Santé Ontario, met en valeur la sensibilisation efficace des employeurs. En offrant des stages cliniques financés aux IFE, Unity Health améliore leurs compétences cliniques, leurs compétences linguistiques et leur préparation à l'obtention d'un permis tout en s'attaquant aux obstacles à l'intégration de la main-d'œuvre. De même, le Women's College Hospital de Toronto offre le programme Emily Stowe Scholar. L'initiative aide les étudiantes et étudiants, les scientifiques en milieu de carrière et les scientifiques chevronnés de groupes méritant l'équité grâce à une programmation et à un réseautage sur mesure pour faire progresser leur carrière.¹⁶³ En Australie, sept hôpitaux universitaires et établissements communautaires du réseau de la santé mentale offrent une expérience de travail clinique aux DIM.¹⁶⁴ Ces efforts aident les participantes et participants à s'adapter aux environnements de soins de santé locaux et à contribuer avec succès à la main d'œuvre.

Au niveau individuel

Conjointement avec des améliorations structurelles qui s'attaquent aux inégalités systémiques, les interventions au niveau individuel, y compris les programmes de mentorat, la formation tenant compte des traumatismes, les technologies, les soutiens globaux et la formation aux compétences socioémotionnelles offrent des approches personnalisées à l'intégration réussie des PSFE dans la main-d'œuvre canadienne.

La programmation

De nombreuses pratiques prometteuses aident les PSFE à naviguer dans la transition vers la main-d'œuvre de la santé au Canada.

Bien que représentés séparément à des fins d'analyse, les programmes de formation et les permis sont profondément liés. Souvent, les stratégies les plus efficaces pour améliorer l'accès au permis d'exercice dépendent de l'engagement de l'employeur et des possibilités d'apprentissage intégré au travail.

Les programmes de mentorat

La recherche montre que les PSFE font souvent face à des défis importants pour s'adapter à l'environnement des soins de santé au Canada. Ces défis comprennent de surmonter les barrières linguistiques, ainsi que de faire face à des pratiques médicales, des technologies et des modèles inconnus, tout en apprenant les nuances des attentes en milieu de travail et des styles de communication.¹⁶⁵ Les programmes de mentorat offrent une approche personnalisée pour surmonter ces obstacles, améliorant la confiance et les taux de rétention des PSFE au sein du personnel de santé.^{166, 167}

Le programme de mentorat du CARE Centre for Internationally Educated Nurses produit des résultats positifs en jumelant des IFE avec des spécialistes expérimentés pour les aider à naviguer dans un environnement de soins de santé qui leur est étranger.¹⁶⁸ Le programme aide les IFE à comprendre leur rôle et leur champ d'exercice dans les milieux de soins de santé canadiens. Les participantes sont en contact avec des employeurs potentiels et des infirmières et infirmiers experts pour répondre à leurs questions, et font de l'observation pour comprendre la culture canadienne du milieu de travail dans le secteur de la santé.¹⁶⁹ En 2023-2024, 71 IFE ont participé au programme.¹⁷⁰ De ce nombre, 45 ont complété des missions de mentorat, tandis que 13 ont mis à jour leur pratique et leurs compétences linguistiques grâce au programme d'expérience de pratique structurée, améliorant ainsi leur préparation à l'intégration dans le système de soins de santé, en alignant leurs compétences sur les normes canadiennes actuelles.¹⁷¹

Bien qu'ils ne soient pas exclusifs aux DIM, les besoins des médecins noirs victimes de racisme envers les personnes noires dans leur processus de formation dans le système de santé canadien ont également reçu une attention particulière sous la forme d'un programme de mentorat spécialisé offert par Black Physicians of Canada.¹⁷² Créé en 2021, le programme de mentorat de BPC est le premier programme national de mentorat concordant sur le plan racial au Canada. Il offre un mentorat individuel aux médecins en résidence, aux boursières et boursiers et aux médecins en début de carrière de race noire. Au cours de la dernière année, le programme a accueilli 89 paires «mentor-mentoré». Il offre également des ateliers sur des sujets pertinents pour les apprenantes et apprenants et les médecins noirs, notamment les microagressions, le curriculum caché et les finances.

La formation tenant compte des traumatismes

Le parcours d'immigration peut entraîner des perturbations importantes, une perte d'identité professionnelle et une détresse émotionnelle. Certains PSFE émigrent au Canada pour échapper aux conflits ou à l'instabilité dans leur pays d'origine. Les traumatismes non résolus résultant de ces expériences peuvent entraver l'apprentissage et l'adaptation, en particulier lorsque l'accès à des ressources tenant compte des traumatismes est limité.¹⁷³ De nombreux employeurs sont mal équipés pour accueillir les personnes ayant des antécédents traumatisants, ce qui crée d'autres obstacles à l'emploi et à une installation réussie.¹⁷⁴

La création de cheminements de carrière tenant compte des traumatismes est une approche relativement nouvelle au Canada, mais vitale. S'inspirant du modèle fondamental de soins tenant compte des traumatismes établi par Harris et Fallot, ces programmes mettent l'accent sur cinq principes directeurs : la sécurité, la fiabilité, le choix, la collaboration et l'autonomisation.¹⁷⁵ Ces principes soutiennent le rétablissement et favorisent la résilience chez les personnes ayant vécu des expériences traumatisantes.



Des organisations comme l'Ontario Council of Agencies Serving Immigrants ont fait progresser cette approche en élaborant des lignes directrices tenant compte des traumatismes¹⁷⁶ qui reconnaissent les intersections entre diverses formes de violence, de traumatisme et de résultats défavorables dans la vie. Ce modèle soutient la résilience et les soins personnels en intégrant quatre principes clés :

1

La pratique généraliste —

Reconnaitre le potentiel de traumatisme invisible chez toute personne.

2

Prévenir le nouveau traumatisme —

S'assurer qu'une approche « de ne pas nuire » sous-tend toutes les politiques et pratiques.

3

Favoriser la sécurité — S'engager pour la sécurité émotionnelle,

physique, psychologique, interpersonnelle, sociale, culturelle et systémique de toutes les personnes.

4

Croissance continue et renforcement de la communauté —

Adopter une approche basée sur les forces qui favorise le choix, la collaboration et la connexion pour promouvoir le rétablissement et la résilience.

Tirer parti de la technologie

La réalité virtuelle (RV) et l'intelligence artificielle (IA) offrent des solutions potentiellement transformatrices aux défis persistants, comme les lacunes en matière de compétences culturelles et

les préjugés dans l'embauche. La réalité virtuelle a montré un potentiel impressionnant, offrant des environnements de formation immersifs et réalistes qui permettent aux participantes et participants de pratiquer la communication, le leadership et le travail d'équipe.¹⁷⁷ Un programme pilote de formation aux compétences socioémotionnelles a montré que la formation pouvait être complétée quatre fois plus rapidement que dans les salles de classe et que les participantes et participants étaient 275 % plus confiants dans l'application des connaissances acquises.¹⁷⁸ Le processus d'intégration est encore amélioré par l'IA, qui peut permettre des évaluations plus nuancées des capacités des travailleuses et travailleurs. Grâce à des algorithmes d'apprentissage automatique et à des tests psychométriques, l'IA évalue un éventail de compétences, y compris des compétences non quantifiables, comme le leadership, la gestion du temps et l'empathie, qui sont souvent négligées dans les pratiques d'embauche traditionnelles.¹⁷⁹ Cette approche a le potentiel de mieux saisir toute la portée des talents des PSFE et de soutenir un recrutement plus équitable et un meilleur jumelage des emplois.

En tenant compte des mises en garde concernant les biais raciaux potentiels de l'IA et de l'apprentissage automatique, la technologie peut également être mise à profit pour soutenir l'apprentissage des langues. Cet enseignement est principalement réalisé à travers cinq types de technologies : l'apprentissage mobile, l'apprentissage multimédia, l'apprentissage socialisé, la traduction de la parole en texte et du texte en parole, et l'apprentissage numérique basé sur le jeu.¹⁸⁰ Les preuves montrent que, par rapport à l'enseignement non technologique, ces modalités ont un impact plus important sur l'apprentissage et l'enseignement des langues, en particulier lorsqu'elles sont dispensées via des applications de téléphonie mobile.¹⁸¹



En 2023, le programme avait soutenu 174 IFE, dont 115 ont été embauchés avec succès dans des postes à l'hôpital.

Les soutiens globaux

Des preuves émergentes soulignent l'importance des soutiens globaux, les identifiant souvent comme étant aussi critiques que la formation elle-même.¹⁸² Les soutiens aident à atténuer les obstacles, comme les contraintes financières, les responsabilités en matière de soins, les problèmes de transport et l'accès aux ressources essentielles. Les interventions clés comprennent l'aide financière directe, les programmes de placement, l'orientation professionnelle, le soutien en santé mentale et l'aide pratique en matière de garde d'enfants et de transport. Les soutiens globaux pourraient également inclure le mentorat, les opportunités de réseautage professionnel et l'assistance linguistique, qui sont fournis en conjonction avec la formation de base. Ces types de soutiens sont plus efficaces lorsqu'ils sont adaptés aux besoins et aux expériences uniques des individus. Par exemple, les IFE peuvent avoir besoin d'une combinaison d'aide financière, de services de garde d'enfants, de logement et d'établissement pour surmonter les défis distincts auxquels elles et ils sont confrontés lors de leur retour à la pratique.

Le programme IEN Pathway du Sunnybrook Hospital offre une assistance personnalisée aux participantes et participants, y compris des services de garde d'enfants, une aide financière, des services d'établissement et un logement.¹⁸³ En 2023, le programme avait soutenu 174 IFE, dont 115 ont été embauchés avec succès dans des postes à l'hôpital.¹⁸⁴ De même, le programme de retour du New York-Presbyterian Hospital offre de l'encadrement, des occasions de réseautage, la requalification et une formation des employeurs sur les avantages de l'embauche d'IFE. Depuis sa création en 2021, le programme a aidé plus de 100 personnes immigrantes et réfugiées à rétablir leur carrière dans le domaine de la santé,¹⁸⁵ ce qui suggère que les investissements à court terme sont compensés par des résultats à plus long terme.





La formation sur les compétences générales

Favoriser le soutien informel par les pairs peut faciliter l'intégration des PSFE dans le système de santé canadien. Les professionnelles et professionnels nés au Canada qui font du bénévolat, par le mentorat ou la camaraderie, aident à combler les lacunes dans la compréhension des pratiques cliniques et des attentes en milieu de travail. Les vérifications informelles, les réponses aux questions ou simplement le fait d'être une ou un collègue amical et accessible peuvent réduire le sentiment d'isolement et renforcer la confiance dans la pratique quotidienne.¹⁸⁶

Le mentorat joue un rôle important dans la facilitation de transitions plus fluides pour les PSFE, car les mentores et mentors améliorent la capacité d'apprentissage des étudiantes et étudiants internationaux en milieu clinique.¹⁸⁷ La présence de mentorat a été liée à des niveaux de stress plus faibles chez les étudiantes et étudiants internationaux en médecine dans de nouveaux environnements.¹⁸⁸ Les pairs dispensant le mentorat peuvent également jouer un rôle en aidant les PSFE à naviguer dans les processus d'accréditation, la dynamique du milieu de travail et les différences culturelles tout en fournissant un soutien émotionnel et professionnel pendant le processus d'intégration.¹⁸⁹ Les prestataires de soins de santé bénéficient également de la réflexion sur leurs propres hypothèses et restent ouverts aux divers parcours de formation des PSFE. Le personnel formé au Canada peut partager les meilleures pratiques locales tout en bénéficiant des diverses perspectives et pratiques cliniques offertes par les PSFE. Des études notent que les PSFE s'intègrent mieux lorsqu'ils peuvent embrasser leur culture d'origine ainsi que celle du Canada.¹⁹⁰

Conclusions et recommandations

Les professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger jouent un rôle essentiel dans le soutien du système de santé canadien. Ils aident à remédier aux pénuries de main-d'œuvre et à enrichir la qualité des soins.

Cependant, malgré leur valeur, les PSFE rencontrent souvent des obstacles importants qui entravent leur pleine participation au marché du travail. Pour libérer leur potentiel, il faut identifier des solutions ciblées qui exploitent leurs compétences et leur expertise.

Faire progresser leur intégration renforcera le système de soins de santé du Canada tout en promouvant l'équité et en répondant mieux aux besoins d'une population diversifiée. Cette section présente des recommandations destinées aux responsables de politiques, aux employeurs et aux organisations au service des immigrantes et immigrants pour améliorer l'intégration des PSFE.

Au niveau sociétal

Le système fédéral du Canada introduit des complexités dans l'intégration des PSFE en raison de la gouvernance décentralisée des soins de santé. À ce niveau, les recommandations mettent l'accent sur les approches collaboratives et contextuelles.

- > Normaliser les exigences en matière de permis d'exercice dans les provinces et les territoires

afin de promouvoir l'équité, la transparence et la cohérence dans la reconnaissance des qualifications internationales. Cela favoriserait une intégration plus efficace et équitable des PSFE et s'alignerait sur les meilleures pratiques internationales. Un permis d'exercice pancanadien permettrait également aux PSFE titulaires d'un permis dans une juridiction d'exercer ailleurs sans recertification.

- > Augmenter le financement fédéral par le biais du Transfert canadien en matière de santé lié aux programmes de transition provinciaux et territoriaux, aux possibilités d'apprentissage intégré au travail et aux évaluations de la capacité à exercer. Ce financement devrait refléter un engagement à long terme du gouvernement fédéral à améliorer les disparités dans les besoins en soins de santé, à donner la priorité au soutien des zones rurales et mal desservies et à encourager les partenariats entre employeurs pour améliorer l'intégration et la rétention des PSFE.
- > Établir une stratégie nationale de données sur les parcours et les résultats des PSFE intégrant des données démographiques désagrégées pour révéler les lacunes systémiques et orienter l'élaboration de politiques et de programmes plus réactifs visant à remédier aux disparités.

Au niveau organisationnel

Le permis d'exercice

- > Investir dans des programmes préalables à l'arrivée qui fournissent aux PSFE des informations opportunes et spécifiques à la profession et de l'orientation professionnelle.
- > Élaborer des accords de reconnaissance mutuelle pour rationaliser les processus d'octroi de permis dans les pays de confiance sur la base de formations et de normes comparables.
- > Augmenter le financement et l'engagement des employeurs dans des programmes de transition qui combinent l'enseignement en classe avec des stages cliniques.
- > Élargir les programmes d'évaluation de la capacité à exercer dans les provinces pour offrir aux DIM une autre voie d'obtention du permis d'exercice qui ne nécessite pas de répéter la formation en résidence.
- > Élargir l'utilisation des permis temporaires ou conditionnels qui permettent aux PSFE de commencer à travailler dans des postes supervisés tout en complétant l'ensemble des exigences de leur permis.
- > Adopter des modèles de reconnaissance des titres professionnels basés sur les compétences qui évaluent les candidates et candidats sur la base de compétences et de connaissances démontrées, plutôt que sur le lieu de formation ou des normes d'équivalence rigides.

Améliorer l'équité, la diversité et l'inclusion

Les employeurs du secteur de la santé peuvent favoriser des milieux de travail inclusifs en intégrant les principes de l'EDI dans toutes les pratiques organisationnelles afin de créer des environnements favorables aux PSFE.

- > Accroître la diversité dans les postes de leadership en recrutant activement des groupes méritant l'équité, y compris les PSFE, et en établissant des conseils d'EDI pour orienter les politiques inclusives et suivre les progrès.
- > Adopter des pratiques de ressources humaines axées sur l'EDI. Il s'agit notamment de stratégies d'embauche sur mesure, comme des partenariats avec des organisations au service des PSFE, une intégration complète et des possibilités de perfectionnement professionnel, pour soutenir le recrutement, le maintien en poste et l'avancement professionnel des PSFE.
- > Favoriser des cultures d'entreprise inclusives grâce à des politiques axées sur l'équité, des programmes de bien-être des employés, des réseaux de diversité du personnel et des partenariats communautaires qui améliorent l'engagement et l'appartenance.
- > Utiliser des mesures et des analyses comparatives pour évaluer les initiatives d'EDI, recueillir des données désagrégées pour découvrir les disparités et publier les résultats pour renforcer la responsabilité et orienter les interventions ciblées.





- > Intégrer les principes de l'EDI dans toutes les fonctions organisationnelles de base, y compris le marketing, la recherche et le développement et les soins à la patientèle (par exemple, adapter les services pour répondre à divers besoins linguistiques et culturels).
- > Établir des partenariats avec les établissements d'enseignement, les organismes de réglementation et les organisations communautaires pour soutenir les PSFE par le biais de placements cliniques, de mentorat, de préparation à l'obtention d'un permis et d'initiatives de sensibilisation qui encouragent l'engagement et la rétention à long terme.

Au niveau individuel

- > Établir des contacts entre les PSFE et des professionnelles et professionnels expérimentés grâce à des programmes de mentorat offrant des conseils individuels, des possibilités d'observation et du réseautage pour les aider à s'adapter aux pratiques, aux styles de communication et aux normes du milieu de travail canadien des soins de santé.
- > Intégrer des principes tenant compte des traumatismes dans la formation et les pratiques en milieu de travail en favorisant des environnements sûrs, en formant le personnel à faire face aux traumatismes et en tirant parti des approches fondées sur les forces pour soutenir la résilience et l'intégration réussie des PSFE.
- > Tirer parti de la technologie, y compris les simulations de réalité virtuelle, les microcrédits offerts en ligne et les évaluations basées sur l'IA pour fournir une formation ciblée, familiariser les PSFE avec la dynamique des soins de santé

au Canada et améliorer le recrutement et le jumelage des emplois.

- > Fournir, dans le cadre de la formation, un soutien global qui aborde les défis des PSFE en matière d'aide financière, d'orientation professionnelle, de garde d'enfants, de transport, de services de santé mentale, de mentorat, de réseautage et de soutien linguistique.
- > Intégrer le développement des compétences socioémotionnelles structurées en tant que composante essentielle de tous les programmes de formation des PSFE. Cela devrait inclure des approches comme l'apprentissage par simulation, le mentorat et les opportunités intégrées au travail pour aider les PSFE à mieux naviguer dans les normes canadiennes du milieu de travail, à améliorer la communication professionnelle et à améliorer les résultats en matière d'emploi.

Les professionnelles et professionnels formés à l'étranger pourraient jouer un rôle important dans la lutte contre les pénuries de main d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada et contribuer à l'avancement de l'équité en santé et à l'amélioration de la santé de la population. Pourtant, les systèmes canadiens de recrutement, d'obtention de permis d'exercice, d'intégration et d'options de carrière à long terme pour ces spécialistes de la santé manquent de cohérence et d'efficacité.

Des pratiques efficaces ont été testées dans des contextes internationaux similaires, et certaines sont actuellement mises à l'essai ici chez nous. Porter attention à ces possibilités et les adopter pourrait être une réponse aux lacunes que les Canadiens et Canadiennes éprouvent dans ce qu'ils considèrent comme un des aspects les plus précieux de leur identité nationale.

Références

- 1 Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. <https://www.who.int/publications/item/9789241511131>
- 2 Witter, S., Hamza, M. M., Alazemi, N., Alluhidan, M., Alghaith, T., & Herbst, C. H. (2020). Human resources for health interventions in high-and middle-income countries: findings of an evidence review. *Human Resources for Health*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00484-w>
- 3 Frank, K., Park, J., Cyr P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.html>
- 4 Frank, K., Park, J., Cyr P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.html>
- 5 Singh, J., Poon, D. E., Alvarez, E., Anderson, L., Verschoor, C. P., Sutton, A., Zendo, Z., Piggott, T., Apatu, E., Churipuy, D., Culbert, I., & Hopkins, J. P. (2024). Burnout among public health workers in Canada: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17572-w>
- 6 Registered Practical Nurses Association of Ontario (2024). *The State of Nursing in Ontario: A 2024 Review*. https://www.werpn.com/wp-content/uploads/2024/05/StateOfNursing2024_Report_Final.pdf
- 7 College of Nurses of Ontario (2024). *Nursing Statistics Report 2024*. <https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Statistics/latest-reports/nursing-statistics-report-2024.pdf>
- 8 Singh, J., Poon, D. E., Alvarez, E., Anderson, L., Verschoor, C. P., Sutton, A., Zendo, Z., Piggott, T., Apatu, E., Churipuy, D., Culbert, I., & Hopkins, J. P. (2024). Burnout among public health workers in Canada: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17572-w>
- 9 Registered Practical Nurses Association of Ontario (2024). *The State of Nursing in Ontario: A 2024 Review*. https://www.werpn.com/wp-content/uploads/2024/05/StateOfNursing2024_Report_Final.pdf
- 10 Registered Practical Nurses Association of Ontario (2024). *The State of Nursing in Ontario: A 2024 Review*. https://www.werpn.com/wp-content/uploads/2024/05/StateOfNursing2024_Report_Final.pdf
- 11 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2024). *Nursing Statistics Report 2024*. <https://cno.org/Assets/CNO/Documents/Statistics/latest-reports/nursing-statistics-report-2024.pdf>
- 12 Duong, D., & Vogel, L. (2023). National survey highlights worsening primary care access. *Canadian Medical Association Journal*, 195(16), E592-E593. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1096049>
- 13 Liu, N., Plouffe, R. A., Liu, J. J., Nouri, M. S., Saha, P., Gargala, D., Davis, B.D., Nazarov, A., & Richardson, J. D. (2024). Determinants of burnout in Canadian health care workers during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 15(1), 2351782. <https://doi.org/10.1080/20008066.2024.2351782>
- 14 Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahon, M., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1>

- 15 Buh, A., Kang, R., Kiska, R., Fung, S. G., Solmi, M., Scott, M., Salman, M., Lee, K., Milone, B., Wafy, G., Syed, S., Dhaliwal, S., Gibb, M., Akbari, A., Brown, P.A., Hundemer, G.L., & Sood, M. M. (2024). Effect and outcome of equity, diversity and inclusion programs in healthcare institutions: a systematic review protocol. *BMJ open*, 14(4), e085007. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085007>
- 16 Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3001-5>
- 17 Austin, Z., & Gregory, P. A. (2024). Enhancing Integration of Internationally Educated Health Professionals in the Healthcare Workforce: Implications for Regulators. *Journal of Nursing Regulation*, 15(1), 24-32. [https://www.journalofnursingregulation.com/article/S2155-8256\(24\)00026-7/abstract](https://www.journalofnursingregulation.com/article/S2155-8256(24)00026-7/abstract)
- 18 Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada : renseignements sociodémographiques et répartition professionnelle*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023008/article/00004-fra.htm>
- 19 Dordunoo, D., Villeneuve, M., Hamza, A., Guest, T., Etowa, J., Bearskin, M., Magassa, Y., Markin, M., Bosco, C., Song, C., Hubert, J., Wonsiak, T., & Bailey, C. (2024). *Racisme et discrimination chez les infirmières et infirmiers au Canada et répercussions de la pandémie de COVID-19 : étude exploratoire*. Association des infirmières et infirmiers du Canada. https://www.casn.ca/wp-content/uploads/2024/07/CNA_Racism_Disrimation_Nurses_F.pdf
- 20 Mickleborough, T. O., & Athina, M. (2021). (Re)producing 'Whiteness' in Health Care: A Spatial Analysis of the Critical Literature on the Integration of Internationally Educated Health Care Professionals in the Canadian Workforce. *Academic Medicine*, 96(11S), S31-S38. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000004262>
- 21 Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.html>
- 22 Onagbeboma, O., & Broughton, S. (2023). Internationally educated nurses: The challenges for recognition. In *Canadian Diversity: Newcomer Pathways to Employment*. The Metropolis Institute. https://www.torontomu.ca/content/dam/diversity/reports/860_AEC_CanDiv_Vol19No42024_EN_V8_LR.pdf
- 23 Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada : renseignements sociodémographiques et répartition professionnelle*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023008/article/00004-fra.htm>
- 24 Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada : renseignements sociodémographiques et répartition professionnelle*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023008/article/00004-fra.htm>
- 25 Islam, R., Kralj, B., & Sweetman, A. (2023). Physician workforce planning in Canada: the importance of accounting for population aging and changing physician hours of work. *CMAJ*, 195(9), E335-E340. <https://www.cmaj.ca/content/195/9/E335.short>
- 26 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2023). *Rapport : Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada*. (*Rapport n° 10, 44e législature, 1re session*). Chambre des communes Canada <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Reports/RP12260300/hesarp10/hesarp10-f.pdf>
- 27 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2023). *Rapport : Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada*. (*Rapport n° 10, 44e législature, 1re session*). Chambre des communes Canada <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Reports/RP12260300/hesarp10/hesarp10-f.pdf>
- 28 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2023). *Rapport : Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada*. (*Rapport n° 10, 44e législature, 1re session*). Chambre des communes Canada <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Reports/RP12260300/hesarp10/hesarp10-f.pdf>
- 29 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2023). *Rapport : Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada*. (*Rapport n° 10, 44e législature, 1re session*). Chambre des communes Canada <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Reports/RP12260300/hesarp10/hesarp10-f.pdf>
- 30 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). *Panorama de la santé 2023 - Les indicateurs de l'OCDE*. Publication de l'OCDE. https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html
- 31 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). *Panorama de la santé 2023 - Les indicateurs de l'OCDE*. Publication de l'OCDE. https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html
- 32 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). *Panorama de la santé 2023 - Les indicateurs de l'OCDE*. Publication de l'OCDE. https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html

- 33 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). *Panorama de la santé 2023 - Les indicateurs de l'OCDE*. Publication de l'OCDE. https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html
- 34 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2023). *Panorama de la santé 2023 - Les indicateurs de l'OCDE*. Publication de l'OCDE. https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html
- 35 Nursing and Midwifery Board of Ireland. (2024). *NMBI State of the Register 2024*.
- 36 Cukier, W., Gagnon, S., Mae Lindo, L., Hannan, C., & Amato, S. (2014). "A [critical] ecological model to enabling change: Promoting diversity and inclusion." In V. Malin, J. Murphy & M. Siltaoja (Eds.), *Getting things Done: Dialogues in Critical Management Studies* (pp. 245-275). Bingley: Emerald.
- 37 Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (21 novembre 2024). *Vivre au Canada de façon permanente*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/immigrer-canada.html>
- 38 Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/caracteristiques-perspectives-marche-travail-professionnels-sante-formes-etranger-canada.html>
- 39 Alexander, C. (n.d.). *Knocking down barriers faced by new immigrants to Canada*. Future Skills Centre. <https://fsc-ccf.ca/references/knocking-down-barriers-faced-by-new-immigrants-to-canada/>
- 40 Alexander, C. (n.d.). *Knocking down barriers faced by new immigrants to Canada*. Future Skills Centre. <https://fsc-ccf.ca/references/knocking-down-barriers-faced-by-new-immigrants-to-canada/>
- 41 Paul, R., Martimianakis, M. A. T., Johnstone, J., McNaughton, N., & Austin, Z. (2017). Internationally educated health professionals in Canada: Navigating three policy subsystems along the pathway to practice. *Academic Medicine*, 92(5), 635-640. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001331>
- 42 Alboim, N., Cohl, K., Atlin, J., & Flecker, K. (2022). *Globally Trained Local Talent: Opening pathways for internationally educated professionals to strengthen Ontario's health care system*. Toronto Metropolitan University. https://www.torontomu.ca/cerc-migration/Policy/CERCMigration_PolicyBrief07_MAR_2022.pdf
- 43 Alboim, N., Cohl, K., Atlin, J., & Flecker, K. (2022). *Globally Trained Local Talent: Opening pathways for internationally educated professionals to strengthen Ontario's health care system*. Toronto Metropolitan University. https://www.torontomu.ca/cerc-migration/Policy/CERCMigration_PolicyBrief07_MAR_2022.pdf
- 44 Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. (2024). Plan des niveaux d'immigration 2025–2027. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2024/10/plan-des-niveaux-dimmigration-2025-2027.html>
- 45 Marchildon, G. P., & Bossert, T. J. (2018). An introduction to federalism and decentralization in health care. *Federalism and Decentralization in Health Care: A Decision Space Approach*, 3-15. <https://doi.org/10.3138/9781487513566-004>
- 46 Adams, T. L. (2020). Health professional regulation in historical context: Canada, the USA and the UK (19th century to present). *Human Resources for Health*, 18(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00501-y>
- 47 Government of Canada. (2009, Dec. 1). *Internationally Educated Health Professionals Initiative*.
- 48 Onagbeboma, O., & Broughton, S. (2023). "Internationally educated nurses: The challenges for recognition." In *Canadian Diversity: Newcomer Pathways to Employment*. The Metropolis Institute. https://www.torontomu.ca/content/dam/diversity/reports/860_AEC_CanDiv_Vol19No42024_EN_V8_LR.pdf
- 49 Paul, R., Martimianakis, M. A. T., Johnstone, J., McNaughton, N., & Austin, Z. (2017). Internationally educated health professionals in Canada: Navigating three policy subsystems along the pathway to practice. *Academic Medicine*, 92(5), 635-640. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001331>
- 50 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2025). *Renforcer le chemin vers la pratique : Autonomiser les infirmières et les infirmiers formés à l'étranger au Canada*. <https://fcsii.ca/research/renforcer-le-chemin-vers-la-pratique-autonomiser-les-iife-au-canada/>
- 51 Sattler, P., Peters, J., Bourgeault, I., Esses, V., Neiterman, E., Dever, E., Gropper, R., Nielsen, C., & Kelland, J. (2015). *Étude de cas multiples de programmes de transition postsecondaires pour les professionnels de la santé formés à l'étranger*. Conseil ontarien de la qualité de l'enseignement supérieur. https://heqco.ca/wp-content/uploads/2020/03/IEHPs_FR.pdf
- 52 Province de l'Ontario. Accès équitable aux professions réglementées et aux métiers à accréditation obligatoire (Loi de 2006 sur l'), L.O. 2006, chap. 31). Ontario Lois-en-ligne <https://www.ontario.ca/lois/loi/06f31>
- 53 Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (s. d.). *Route d'évaluation par la pratique pour les surspécialistes*. <https://collegeroyal.ca/fr/eligibility-and-exams/exam-eligibility/per-subspecialists/>

- 54 Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2023). *Rapport : Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada. (Rapport n° 10, 44^e législature, 1^{re} session)*. Chambre des communes Canada <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HESA/Reports/RP12260300/hesarp10/hesarp10-f.pdf>
- 55 Baldacchino, G., & Hood, M. (2007). *Challenges faced by internationally educated health professionals on Prince Edward Island: stories and voices: a research report for IEHP Atlantic Connection*. Institute of Island Studies, University of Prince Edward Island, Canada.
- 56 Louis, W. R., Lalonde, R. N., & Esses, V. M. (2010). Bias against foreign-born or foreign-trained doctors: experimental evidence. *Medical education*, 44(12), 1241-1247.
- 57 Ewen, C., McGuire-Brown, M., Walters, J., Richards, R., Atlin, J., & Flecker, K. (2023). *Expanding pathways to licensure for internationally trained physicians in Ontario: How to get there and why it matters*. World Education Services.
- 58 Mosaic. (2024). *Using Disaggregated Data to Address the Systematic Discrimination Experienced by International Medical Graduates (IMG)*. <https://mosaicbc.org/international-medical-graduates/>
- 59 Frank, K., Park, J., Cyr, P., Weston, S., & Hou, F. (2023). *IProfessionnels de la santé formés à l'étranger au Canada : renseignements sociodémographiques et répartition professionnelle*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023008/article/00004-fra.htm>
- 60 Covell, C. L., Neiterman, E., & Bourgeault, I. L. (2016). Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human Resources for Health*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0135-6>
- 61 Covell, C. L., Adhikari, A., & Salami, B. (2022). Surviving the employment gap: a cross-sectional survey of internationally educated nurses. *International Nursing Review*, 69(2), 167-174. <https://doi.org/10.1111/inr.12668>
- 62 Munk School of Global Affairs. (2022, June 29). Improving Access to Internationally Educated Health Professionals. *ON360 Transition Briefings 2022*. <https://on360.ca/policy-papers/on360-transition-briefings-2022-improving-access-to-internationally-educated-health-professionals/>
- 63 Registered Nurses Association of Ontario. (2022). *Nursing Through Crisis: A Comparative Perspective*. <https://rnao.ca/policy/library/nursing-through-crisis-2022>
- 64 Covell, C. L., Primeau, M. D., Kilpatrick, K., & St-Pierre, I. (2017). Internationally educated nurses in Canada: predictors of workforce integration. *Human Resources for Health*, 15(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0201-8>
- 65 Covell, C. L., Primeau, M. D., Kilpatrick, K., & St-Pierre, I. (2017). Internationally educated nurses in Canada: predictors of workforce integration. *Human Resources for Health*, 15(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0201-8>
- 66 Covell, C., & Sands, R. (2021). Does Being a Visible Minority Matter? Predictors of Internationally Educated Nurses' Workplace Integration. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(4), 366-375. <https://doi.org/10.1177/0844562120939795>
- 67 Pressley, C., Newton, D., Garside, J., Simkhada, P., & Simkhada, B. (2022). Global migration and factors that support acculturation and retention of international nurses: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100083>
- 68 Covell, C., & Sands, R. (2021). Does Being a Visible Minority Matter? Predictors of Internationally Educated Nurses' Workplace Integration. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(4), 366-375. <https://doi.org/10.1177/0844562120939795>
- 69 Covell, C., & Sands, R. (2021). Does Being a Visible Minority Matter? Predictors of Internationally Educated Nurses' Workplace Integration. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(4), 366-375. <https://doi.org/10.1177/0844562120939795>
- 70 Institut canadien d'information sur la santé. (2024). *État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2022*. <https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2022>
- 71 Mickleborough, T. O. (2020). A Foucauldian discourse analysis of the construction of Canadian international pharmacy graduate (IPG) professional identities and subjectivities. University of Toronto. <http://hdl.handle.net/1807/103378>
- 72 Neiterman, E., & Bourgeault, I. L. (2015). The shield of professional status: Comparing internationally educated nurses' and international medical graduates' experiences of discrimination. *Health (London, England: 1997)*, 19(6), 615-634. <https://doi.org/10.1177/1363459314567788>
- 73 Patel, D., Mickleborough, T., Elbeddini, A., & Alsabbagh, M. W. (2023). Association Between Pharmacists' Country of Qualifying Education and Practising in a Hospital Setting: A Cross-Sectional Ontario Study. *The Canadian journal of hospital pharmacy*, 76(4), 282-289. <https://doi.org/10.4212/cjhp.3440>

- 74 World Education Services. (2023). *Addressing the underutilization of internationally educated health professionals in Canada*. <https://knowledge.wes.org/rs/317-CTM-316/images/canada-report-addressing-the-underutilization-of-iehps-in-canada.pdf>
- 75 Austin, Z., & Gregory, P. A. (2024). Enhancing Integration of Internationally Educated Health Professionals in the Healthcare Workforce: Implications for Regulators. *Journal of Nursing Regulation*, 15(1), 24-32. [https://www.journalofnursingregulation.com/article/S2155-8256\(24\)00026-7/abstract](https://www.journalofnursingregulation.com/article/S2155-8256(24)00026-7/abstract)
- 76 Ganek, E., Sazon, R. A. P., Gray, L., & Sherry, D. (2023). An Introduction to Faculty Diversity, Equity, and Inclusion for Excellence in Nurse Education: Literature Review. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 7(1), e49231. <https://doi.org/10.2196/49231>
- 77 Ashley, W. W., Eden, S., Benson, R. T., Nadel, J. L., McDade, W. A., Sulaiman, W., & Ford, S. E. (2023). Introduction. Diversity, equity, and inclusion and the goal of reducing healthcare disparities in neurosurgery. *Neurosurgical Focus*, 55(5), E1. <https://doi.org/10.3171/2023.9.FOCUS23583>
- 78 Pauliuc, A. (2025, March 15). Healthcare service barriers for immigrants in Canada: The case for health equity and a way forward, 7th Metropolis Canada Conference, Toronto, Canada.
- 79 Neiterman, E., & Bourgeault, I. L. (2015). The shield of professional status: Comparing internationally educated nurses' and international medical graduates' experiences of discrimination. *Health*, 19(6), 615-634. <https://doi.org/10.1177/1363459314567788>
- 80 Zulfiqar, S. H., Ryan, N., Berkery, E., Odonnell, C., Purtill, H., & O'Malley, B. (2023). Talent management of international nurses in healthcare settings: A systematic review. *Plos one*, 18(11), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293828>
- 81 Buh, A., Kang, R., Kiska, R., Fung, S. G., Solmi, M., Scott, M., Salman, M., Lee, K., Milone, B., Wafy, G., Syed, S., Dhaliwal, S., Gibb, M., Akbari, A., Brown, P.A., Hundemer, G.L., & Sood, M. M. (2024). Effect and outcome of equity, diversity and inclusion programs in healthcare institutions: a systematic review protocol. *BMJ open*, 14(4), e085007. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-085007>
- 82 Kemei, J., Tulli, M., Olanlesi-Aliu, A., Tunde-Byass, M., & Salami, B. (2023). Impact of the COVID-19 Pandemic on Black Communities in Canada. *International journal of environmental research and public health*, 20(2), 1580. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021580>
- 83 Agence de la santé publique du Canada. (8 septembre 2020). *Déterminants sociaux et iniquités en santé des Canadiens Noirs : un aperçu*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/est-determine-sante/determinants-sociaux-iniquites-canadiens-noirs-apercu.html>
- 84 Shen, M. J., Peterson, E. B., Costas-Muñiz, R., Hernandez, M. H., Jewell, S. T., Matsoukas, K., & Bylund, C. L. (2017). The Effects of Race and Racial Concordance on Patient-Physician Communication: A systematic review of the literature. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 5(1), 117–140. <https://doi.org/10.1007/s40615-017-0350-4>
- 85 Covell, C. L., Neiterman, E., & Bourgeault, I. L. (2016). Scoping review about the professional integration of internationally educated health professionals. *Human resources for health*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0135-6>
- 86 Austin, Z., & Gregory, P. A. (2024). Enhancing Integration of Internationally Educated Health Professionals in the Healthcare Workforce: Implications for Regulators. *Journal of Nursing Regulation*, 15(1), 24-32. [http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256\(24\)00026-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2155-8256(24)00026-7)
- 87 Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M., & Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: a scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 988. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-022-13122-y>
- 88 Cukier, W., Mo, G.Y., Karajovic, S., Wilson, B., Walker, J-A., & Lee, K. (2023). *Racialized Canadians and newcomers. Foundational and transferable skills*. Diversity Institute. <https://www.torontomu.ca/content/dam/diversity/reports/Racialized-Canadians-and-Newcomers-Foundational-and-Transferable-Skills-2024.pdf>
- 89 Alostaz, N., Walton-Roberts, M., Chen, R., Pratt, M., & Wahoush, O. (2024). Integration trends of internationally educated nurses in Canada and Australia: A scoping review. *International Health Trends and Perspectives*, 4(1), 88-113. <https://doi.org/10.32920/ihtp.v4i1.1958>
- 90 Austin, Z., & Gregory, P.A.M. (2024). Enhancing Integration of Internationally Educated Health Professionals in the Healthcare Workforce: Implications for Regulators. *Journal of Nursing Regulation*, 15(1), 24-32. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man05>
- 91 Austin, Z., & Gregory, P.A.M. (2024). Enhancing Integration of Internationally Educated Health Professionals in the Healthcare Workforce: Implications for Regulators. *Journal of Nursing Regulation*, 15(1), 24-32. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man05>

- 92 Alosta, N., Walton-Roberts, M., Chen, R., Pratt, M., & Wahoush, O. (2024). Integration trends of internationally educated nurses in Canada and Australia: A scoping review. *International Health Trends and Perspectives*, 4(1), 88-113. <https://doi.org/10.32920/ihtp.v4i1.1958>
- 93 Crockford, G. N., Pesut, B., Plamondon, K., & Janzen, R. (2023). Faculty experiences of teaching internationally educated nurses: a qualitative study. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 20(1). <https://doi.org/10.1515/ijnes-2022-0106>
- 94 Njie-Mokonya, N. (2016). Internationally educated nurses' and their contributions to the patient experience. *Online Journal of Issues in Nursing*, 21(1), 5-5. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man05>
- 95 Austin, Z., & Gregory, P.A.M. (2024). Enhancing Integration of Internationally Educated Health Professionals in the Healthcare Workforce: Implications for Regulators. *Journal of Nursing Regulation*, 15(1), 24-32. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol21No01Man05>
- 96 Neiterman, E., & Bourgeault, I. L. (2012). Conceptualizing professional diaspora: International medical graduates in Canada. *Journal of International Migration and Integration*, 13, 39-57. <https://dx.doi.org/10.1007/s12134-011-0192-6>
- 97 Thomson, G., & Cohl, K. (2011). IMG selection: *Independent review of access to postgraduate programs by international medical graduates in Ontario*. Council of Ontario Universities. <https://cou.ca/wp-content/uploads/2011/09/COU-Independent-Review-of-IMG-Selection-Volume-I.pdf>
- 98 Monavvari, A. A., Peters, C., & Feldman, P. (2015). International medical graduates: past, present, and future. *Canadian Family Physician*, 61(3), 205-208. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4369608/>
- 99 Harrap, B., Hawthorne, L., Holland, M., McDonald, J. T., & Scott, A. (2022). Australia's superior skilled migration outcomes compared with Canada's. *International Migration*, 60(5), 91-107. <https://doi.org/10.1111/imig.12940>
- 100 Humphries, N., Tyrrell, E., McAleese, S., Bidwell, P., Thomas, S., Normand, C., & Brugha, R. (2013). A cycle of brain gain, waste and drain-a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Ressources humaines pour la santé*, 11(63), 1-10. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-63>
- 101 Walsh, Aisling; Brugha, Ruairí (2017). *Brain Drain to Brain Gain: Ireland's Two-Way Flow of Doctors*. Royal College of Surgeons in Ireland. <https://doi.org/10.25419/rCSI.10776443.v2>
- 102 Humphries, N., Tyrrell, E., McAleese, S., Bidwell, P., Thomas, S., Normand, C., & Brugha, R. (2013). A cycle of brain gain, waste and drain-a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Human resources for health*, 11(63), 1-10. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-63>
- 103 Humphries, N., Tyrrell, E., McAleese, S., Bidwell, P., Thomas, S., Normand, C., & Brugha, R. (2013). A cycle of brain gain, waste and drain-a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. *Human resources for health*, 11(63), 1-10. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-11-63>
- 104 General Medical Council. (2023). *The state of medical education and practice: Workforce report 2023 Executive summary*. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/workforce-report-2023-exec-summary_pdf-103574477.pdf
- 105 General Medical Council. (n.d.). *Ready to apply*. <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-the-register-before-you-apply/ready-to-apply>
- 106 General Medical Council. (n.d.). *Evidence to support your application*. <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-our-registers/before-you-apply/evidence-to-support-your-application>
- 107 General Medical Council. (n.d.). *Check if your practical training (internship) is acceptable*. <https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/join-our-registers/before-you-apply/check-if-your-practical-training-internship-is-acceptable>
- 108 General Medical Council. (n.d.). *English language assessments for registrants under investigation*. <https://www.gmc-uk.org/concerns/registrants-under-investigation/english-language-assessments>
- 109 Buchan, J., Shembavnekar, N., & Bazeer, N. (2023). *How reliant is the NHS in England on international nurse recruitment*. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/features/how-reliant-is-the-nhs-in-england-on-international-nurse-recruitment>
- 110 Buchan, J., Shembavnekar, N., & Bazeer, N. (2023). *How reliant is the NHS in England on international nurse recruitment*. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/features-and-opinion/features/how-reliant-is-the-nhs-in-england-on-international-nurse-recruitment>
- 111 Williams, G. A., Jacob, G., Rakovac, I., Scotter, C., & Wismar, M. (2020). Health professional mobility in the WHO European Region and the WHO Global Code of Practice. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_4), iv5-iv11. <https://doi.org/10.1093/europub/ckaa124>
- 112 Gouvernement du Royaume-Uni (2021). *Government-to-government agreements on health and social care workforce recruitment*. <https://www.gov.uk/government/collections/government-to-government-agreements-on-health-and-social-care-workforce-recruitment>

- 113 Nursing and Midwifery Council. (n.d.). *Computer based test (CBT)*. <https://www.nmc.org.uk/registration/joining-the-register/toc/toc-nursing-and-midwifery/cbt/>
- 114 Nursing and Midwifery Council. (n.d.). *English language requirements*. <https://www.nmc.org.uk/registration/joining-the-register/english-language-requirements/>
- 115 The Metropolis Institute (2023). *Canadian Diversity: Newcomer Pathways to Employment*. https://www.torontomu.ca/content/dam/diversity/reports/860_AEC_CanDiv_Vol19No42024_EN_V8_LR.pdf
- 116 Federal Institute for Vocational Education and Training (BIBB). (n.d.). *The Recognition Act*. <https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/en/pro/recognition-act.php>
- 117 Federal Government of Germany. (2024). *Recognition Act: Making foreign professional qualifications count*. <https://www.bundesregierung.de/breg-en/news/recognition-act-2261350>
- 118 Anger, S., Bassetto, J., & Sandner, M. (2024). Lifting Barriers to Skill Transferability: Immigrant Integration through Occupational Recognition. *Centro Studi Luca d'Agliano Development Studies Working Paper*, (498). <https://docs.iza.org/dp17444.pdf>
- 119 Fédération des ordres des médecins du Canada, Université Laurentienne. (2025). *Rapport d'évaluation de la FOMC sur le registre de l'Atlantique. Registre de l'Atlantique de la FOMC*. Gouvernement du Canada. <https://fmrac.ca/>
- 120 Gouvernement du Canada. (2023, Oct. 12). *Déclaration fédérale, provinciale et territoriale sur le soutien au personnel de la santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humanaines-sante/declaration-federale-provinciale-territoriale-soutien-personnel.html>
- 121 Emploi et Développement social (2024, janvier). *Le gouvernement aide 6 600 professionnels de la santé formés à l'étranger à travailler au Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2024/01/le-gouvernement-du-canada-aide-6600-professionnels-de-la-sante-formes-a-letranger-a-travailler-au-canada.html>
- 122 Pre Arrival Canada. (n.d.). *Emploi spécifique à l'industrie*. <https://www.parrivalcanada.ca/acces-program-main/>
- 123 The Metropolis Institute. (2023). *Canadian Diversity: Newcomer Pathways to Employment*. https://www.torontomu.ca/content/dam/diversity/reports/860_AEC_CanDiv_Vol19No42024_EN_V8_LR.pdf
- 124 Mercer, G. (2023, May 10). *Thousands of foreign-trained nurses can now practise in Canada as provinces change licensing rules*. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-international-trained-nurses-licenses-canada/>
- 125 Conseil ontarien de la qualité de l'enseignement supérieur. (n.d.). *Étude de cas multiples de programmes de transition postsecondaires pour les professionnels de la santé formés à l'étranger*. <https://heqco.ca/fr/pub/etude-de-cas-multiples-de-programmes-de-transition-postsecondaires-pour-les-professionnels-de-la-sante-formes-a-letranger/>
- 126 Société canadienne de science de laboratoire médical. (2011). *Workforce integration of internationally educated medical laboratory technologists and medical laboratory assistants in Canada*.
- 127 Santa Mina, E., Eifert, C., Ireland, M., Fine, C., Wilson, G., Micevski, V., Wotjuk, R., & Valderrama, M. (2011). *The development of an online instrument for prior learning assessment and recognition of internationally educated nurses: A pilot study*. Toronto Metropolitan University. Journal contribution. <https://doi.org/10.32920/14638161.v1>
- 128 Sandhu, S. (2024, déc. 17). *Exploiter l'avenir de RPL : l'intégration de l'IA dans l'éducation et la formation*. <https://caqa.com.au/blogs/news/harnessing-the-future-of-rpl-ai-integration-in-education-and-training>
- 129 Le Conseil médical du Canada (s. d.). *Évaluation de la capacité à exercer*. <https://mcc.ca/fr/examens-et-evaluations/evaluation-de-la-capacite-a-exercer/>
- 130 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (s. d.). *La catégorie temporaire*. <https://www.cno.org/inscrivez-vous-aupres-de-lordre/guides-sur-linscription/la-categorie-temporaire?l=fr-ca>
- 131 College of Physicians and Surgeons of British Columbia. (n.d.). *International medical graduates*. <https://www.cpsbc.ca/registrants/current-registrants/registration-and-licensing/international-medical-graduates>
- 132 NursingJobsBC.ca (n.d.). *Licensing for Internationally Educated Nurses (RNs, LPNs, RPNs)*. <https://www.nursingjobsbc.ca/licensing-for-iens/>
- 133 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (s. d.). *Compétence en anglais ou français*. <https://www.cno.org/inscrivez-vous-aupres-de-lordre/criteres-dadmissibilite/competence-en-anglais-ou-francais/competence-en-anglais-ou-francais?l=fr-ca>
- 134 Yu H. H., & Lee, D. (2020). Gender and public organization: A quasi-experimental examination of inclusion on experiencing and reporting wrongful behavior in the workplace. *Public Personnel Management*, 49(1), 3-28. <https://doi.org/10.1177/0091026019836196>

- 135 Adams G. B., Meyers M. C., & Sekaja L. (2019). Positive leadership: Relationships with employee inclusion, discrimination, and well-being. *Applied Psychology: An International Review*, 69(4) 1145-1173. <https://doi.org/10.1111/apps.12230>
- 136 Metz, I., Stamper, C. L., & Ng, E. (2022). Feeling included and excluded in organizations: The role of human and social capital. *Journal of Business Research*, 142, 122-137. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.12.045>
- 137 Nair, L., & Adetayo, O. A. (2019). Cultural competence and ethnic diversity in healthcare. *Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open*, 7(5), e2219. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000000219>
- 138 Sergeant, A., Saha, S., Lalwani, A., Sergeant, A., McNair, A., Larrazabal, E., Yang, K., Bogler, O., Dhoot, A., Werb, D., Maghsoudi, N., Richardson, L., Hawker, G., Siddiqi, A., Verma, A., & Razak, F. (2022). Diversity among health care leaders in Canada: a cross-sectional study of perceived gender and race. *CMAJ*, 194(10), E371-E377. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211340>
- 139 Sinha, S., Chaudry, S., & Mah, B. (2013). *DiverseCity Counts 8: A snapshot of diverse leadership in the healthcare sector*. The Maytree Foundation and Mount Sinai Hospital. <https://continuing.torontomu.ca/ru/upload/obc/diversecity-counts-8-full.pdf>
- 140 William Osler Health System. (n.d.). *Accessibility, equity and inclusion*. <https://www.williamoslerhs.ca/en/visiting-us/accessibility-equity-and-inclusion.aspx#Equity-inclusion-and-anti-discrimination>
- 141 Baumann, A., Ross, D., Idriss-Wheeler, D., & Crea-Arsenio, M. (2017). *Strategic practices for hiring, integrating and retaining internationally educated nurses. Employment manual*. McMaster University. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/StrategicPracticesforHiringIntegratingandRetainingIENs-EmploymentManual2017_WEB.pdf
- 142 Baumann, A., Ross, D., Idriss-Wheeler, D., & Crea-Arsenio, M. (2017). *Strategic practices for hiring, integrating and retaining internationally educated nurses. Employment manual*. McMaster University. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/StrategicPracticesforHiringIntegratingandRetainingIENs-EmploymentManual2017_WEB.pdf
- 143 Baumann, A., Ross, D., Idriss-Wheeler, D., & Crea-Arsenio, M. (2017). *Strategic practices for hiring, integrating and retaining internationally educated nurses. Employment manual*. McMaster University. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/StrategicPracticesforHiringIntegratingandRetainingIENs-EmploymentManual2017_WEB.pdf
- 144 Baumann, A., Ross, D., Idriss-Wheeler, D., & Crea-Arsenio, M. (2017). *Strategic practices for hiring, integrating and retaining internationally educated nurses. Employment manual*. McMaster University. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/StrategicPracticesforHiringIntegratingandRetainingIENs-EmploymentManual2017_WEB.pdf
- 145 Gouvernement de l'Ontario. (6 mai 2013). *Soutien pour les nouveaux diplômés en soins infirmiers en Ontario*. <https://news.ontario.ca/fr/backgrounder/25621/soutien-pour-les-nouveaux-diplomes-en-soins-infirmiers-en-ontario>
- 146 Monash University. (n.d.). *Women in Leadership program*. <https://www.monash.edu/medicine/mchri/training/courses/women-in-leadership-program>
- 147 Cukier, W., & Smarz, S. (2012). Diversity assessment tools: A comparison. *International Journal of Knowledge, Culture & Change Management*, 11(6). https://www.researchgate.net/publication/286710839_Diversity_assessment_tools_A_comparison
- 148 Lirio P., Lee D. M., Williams L. M., Haugen K. L., & Kossek E. E. (2008). The inclusion challenge with reduced-load professionals: The role of the manager. *Human Resource Management*, 47(3), 443-461. <http://dx.doi.org/10.1002/hrm.20226>
- 149 Primeau, M-D., St-Pierre, I., Ortmann, J., Kilpatrick, K., & Covell, C. L. (2021). Correlates of career satisfaction in internationally educated nurses: A cross-sectional survey-based study. *International journal of nursing studies*, 117, 103899. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103899>
- 150 O'Callaghan, C., Loukas, P., Brady, M., & Perry, A. (2018). Exploring the experiences of internationally and locally qualified nurses working in a culturally diverse environment. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 36(2), 23-34. <http://dx.doi.org/10.3746/2019.362.1453>
- 151 William Osler Health System. (2021, March 3). *Osler hits milestone as one of Canada's Best Diversity Employers in 2021*. <https://www.williamoslerhs.ca/en/news/osler-hits-milestone-as-one-of-canadas-best-diversity-employers-in-2021.aspx>
- 152 William Osler Health System. (2024). *Strategic plan 2024-2029: Going beyond for our people and communities*. https://www.williamoslerhs.ca/en/who-we-are/resources/2024-29-SP_Remediated.pdf
- 153 Sinha, S., Chaudry, S., & Mah, B. (2013). *DiverseCity Counts 8: A snapshot of diverse leadership in the healthcare sector*. The Maytree Foundation and Mount Sinai Hospital. <https://continuing.torontomu.ca/ru/upload/obc/diversecity-counts-8-full.pdf>
- 154 General Medical Council. (2023). *Equality, diversity and inclusion. Targets, progress and priorities for 2023*. <https://www.gmc-uk.org/-/media/gmc-site/about/how-we-work/edi-targets---progress-and-priorities-for-2023.pdf>

- 155 King's College Hospital. (2024). *King's Staff Network Annual Report: 2023/24*. <https://www.kch.nhs.uk/document/kings-staff-network-annual-report-2023-24/>
- 156 Doyle, R., & George, U. (2007). Achieving and measuring diversity: An organizational change approach. *Social Work Education: The International Journal*, 1, 97-110. <https://doi.org/10.1080/02615470601141235>
- 157 Cukier, W., & Smarz, S. (2012). Diversity assessment tools: A comparison. *International Journal of Knowledge, Culture & Change Management*, 11(6). https://www.researchgate.net/publication/286710839_Diversity_assessment_tools_A_comparison
- 158 Royal Melbourne Hospital. (2021). *Diversity, equity and inclusion action plan 2021-2026*. <https://www.thermh.org.au/files/documents/Corporate/rmh-diversity-equity-and-inclusion-action-plan.pdf>
- 159 Royal Melbourne Hospital. (2024). *Annual report 2023-2024*. <https://www.thermh.org.au/files/documents/Corporate/rmh-annual-report-2023-2024.pdf>
- 160 Cukier, W., & Smarz, S. (2012). Diversity assessment tools: A comparison. *International Journal of Knowledge, Culture & Change Management*, 11(6). https://www.researchgate.net/publication/286710839_Diversity_assessment_tools_A_comparison
- 161 Hamilton Health Sciences. (n.d.). *Hamilton Health Sciences' Internationally Educated Nurse Program*. <https://www.hamiltonhealthsciences.ca/learning/internationally-educated-nurse-integration-project/>
- 162 Hamilton Health Sciences. (2020). *Hamilton Health Sciences' Internationally Educated Nurse (IEN) Integration Project*. <https://www.hamiltonhealthsciences.ca/wp-content/uploads/2020/10/IEN-Info-Book-2020.pdf>
- 163 Women's College Hospital Foundation. (n.d.). *The Emily Stowe Society*. <https://womenscollegehospitalfoundation.com/ways-to-give/support-scholarships/#the-emily-stowe-scholar-program>
- 164 Metro North Health. (n.d.). *International medical graduates*. Queensland Government. <https://metronorth.health.qld.gov.au/careers/medical-careers/international-medical-graduates>
- 165 Johnson, K., & Baumal, B. (2011). *Assessing the workforce integration of Internationally Educated Health Professionals*. Canadian Society for Medical Laboratory Science. https://csmls.org/wp-content/uploads/2023/09/CSMLS-KS-0001_WFI_Report_ENG.pdf
- 166 Kalu, M. E. (2017). *Performance Patterns Among Internationally Educated Physical Therapist During Clinical Education in a Bridging Program*. [Master's thesis, Queen's University]. ProQuest. <https://www.proquest.com/docview/3122661177>
- 167 Kamau, S., Koskenranta, M., Kuivila, H., Oikarainen, A., Tomietto, M., Juntunen, J., Tuomikoski, A-M, & Mikkonen, K. (2022). Integration strategies and models to support transition and adaptation of culturally and linguistically diverse nursing staff into healthcare environments: An umbrella review. *International Journal of Nursing Studies*, 136, 104377. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922002061>
- 168 CARE Centre for Internationally Educated Nurses. (n.d.). *Mentorship programs*. CARE4Nurses. <https://care4nurses.org/mentorship-programs/>
- 169 CARE Centre for Internationally Educated Nurses. (n.d.). *Mentorship programs*. CARE4Nurses. <https://care4nurses.org/mentorship-programs/>
- 170 CARE Centre for Internationally Educated Nurses. (2024). *Annual report 2023–2024*. <https://care4nurses.org/wp-content/uploads/2024/07/CARE-Centre-AR-2023-2024.pdf>
- 171 CARE Centre for Internationally Educated Nurses. (2024). *Annual report 2023–2024*. <https://care4nurses.org/wp-content/uploads/2024/07/CARE-Centre-AR-2023-2024.pdf>
- 172 Egbedeyi, O., El-Hadi, H., Madzima, T.R., Semalulu, T., Tunde-Byass, M., & Swaleh, R. Assessing the Need for Black Mentorship within Residency Training in Canada. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* 194, no. 42 (2022): E1455–59. <https://doi.org/10.1503/cmaj.212124>
- 173 Makhtar, L. (2024). Trauma informed care: Supporting integration into Canada's labour market for refugees. In *Canadian Diversity: Newcomer Pathways to Employment*. Metropolis Institute. https://fsc-ccf.ca/wp-content/uploads/2024/03/Canadian-Diversity_Vol19No42024_EN.pdf
- 174 Canadian Diversity. (2022). Trauma-informed career pathing. In *Canadian Diversity. Pathways to Innovation and Inclusion*. Metropolis Institute. https://www.torontому.ca/content/dam/diversity/reports/642_AEC_CanDiv_-vol18no2_EN_V2_LR-2.pdf
- 175 Harris, M., & Fallot, R. (Eds.). (2001). *New directions for mental health services: Using trauma theory to design service systems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- 176 Ontario Council of Agencies Serving Immigrants. (2018). *OCASI Guidelines on Trauma and Violence Informed Approaches for Agencies Serving Immigrants and Refugees*. <https://ocasi.org/sites/default/files/tvia-guide-english-online.pdf>

- 177 Chae, D., Yoo, J. Y., Kim, J., & Ryu, J. (2021). Effectiveness of virtual simulation to enhance cultural competence in pre-licensure and licensed health professionals: A systematic review. *Clinical Simulation in Nursing*, 56, 137-154. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.04.013>
- 178 PricewaterhouseCoopers (PwC). (n.d.). *The Effectiveness of Virtual Reality Soft Skills Training in the Enterprise: A study*. <https://www.pwc.com/us/en/services/consulting/technology/emerging-technology/assets/pwc-understanding-the-effectiveness-of-soft-skills-training-in-the-enterprise-a-study.pdf>
- 179 Ruiz de Huydobre, G. (2019). *What are AI-driven hiring assessments and how do they work?* WeAre TechWomen. <https://wearetechwomen.com/what-are-ai-driven-hiring-assessments-and-how-do-they-work/>
- 180 Huang, C. S., Yang, S. J., Chiang, T. H., & Su, A. Y. (2016). Effects of situated mobile learning approach on learning motivation and performance of EFL students. *Journal of Educational Technology & Society*, 19(1), 263-276. <https://www.jstor.org/stable/jeductechsoci.19.1.263>
- 181 Chang, M. M., & Hung, H. T. (2019). Effects of technology-enhanced language learning on second language acquisition. *Journal of Educational Technology & Society*, 22(4), 1-17. <https://www.jstor.org/stable/26910181>
- 182 Metropolis Institute. (2023). *Canadian Diversity: Newcomer pathways to employment*. https://fsc-ccf.ca/wp-content/uploads/2024/03/Canadian-Diversity_Vol19No42024_EN.pdf
- 183 Penney, C., Zohni, S., & Kouri, C. (2023). *Tirer profit du bassin de talents cachés dans le domaine des soins de santé du Canada : Conseils et outils pour recruter et maintenir en poste des professionnels internationaux. Rapport final.* Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants. <https://www.newcomernavigation.ca/fr/news/trusted-resources-for-tapping-canada-s-hidden-healthcare-talent-pool.aspx>
- 184 Dreesen, S. (28 décembre 2023). *Getting nurses working: Sunnybrook makes strides with internationally educated nurses*. Hospital News. <https://hospitalnews.com/getting-nurses-working-sunnybrook-makes-strides-with-internationally-educated-nurses/>
- 185 Upwardly Global. (2024, June). *The returnship model: A blueprint for healthcare workforce reintegration*. LinkedIn. https://www.linkedin.com/posts/upwardly-global_the-returnship-model-a-blueprint-for-healthcare-activity-7248703555249823744-1eSn
- 186 McGuire-Brown, M. (2025). *Bolstering Pathways to Practice: Empowering Internationally Educated Nurses in Canada*. Canadian Federation of Nurses Unions. <https://nursesunions.ca/research/bolstering-pathways-to-practice-empowering-internationally-educated-nurses-in-canada/>
- 187 Mikkonen, K., Elo, S., Tuomikoski, A. M., & Kääriäinen, M. (2016). Mentor experiences of international healthcare students' learning in a clinical environment: A systematic review. *Nurse education today*, 40, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.013>
- 188 Mikkonen, K., Elo, S., Tuomikoski, A. M., & Kääriäinen, M. (2016). Mentor experiences of international healthcare students' learning in a clinical environment: A systematic review. *Nurse education today*, 40, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.013>
- 189 Alostaz, N., Walton-Roberts, M., Chen, R., Pratt, M., & Wahoush, O. (2024). Integration trends of internationally educated nurses in Canada and Australia: A scoping review. *International Health Trends and Perspectives*, 4(1), 88-113. <https://doi.org/10.32920/ihtp.v4i1.1958>
- 190 Alostaz, N., & Chen, R. (2024). Internationally educated nurses' workplace acculturation and strategies for integration: Application of the Fourfold Model of Acculturation Theory (FMAT). *International Health Trends and Perspectives*, 4(2), 297-309. <https://doi.org/10.32920/ihtp.v4i2.2144>



TED
ROGERS
SCHOOL
OF MANAGEMENT

DiVERSITY
INSTITUTE



Future
Skills
Centre

Centre des
Compétences
futures