

La fidélisation dans le secteur de la santé

Perspectives systémiques et coûts de la migration



Le Centre des Compétences futures (CCF) est un centre de recherche et de collaboration avant-gardiste qui se consacre à l'innovation dans le domaine du développement des compétences afin que toutes les personnes au Canada soient prêtes pour l'avenir du travail. Nous travaillons en partenariat avec des personnes chargées de l'élaboration des politiques, des personnes chargées de la recherche, des spécialistes, des employeurs et des travailleuses et travailleurs, ainsi qu'avec des établissements d'enseignement postsecondaire, afin de résoudre les problèmes urgents du marché du travail et de veiller à ce que chacun puisse bénéficier de possibilités pertinentes d'apprentissage tout au long de la vie. Nous sommes fondés par un consortium dont les membres sont l'Université métropolitaine de Toronto, Blueprint et Signal49 Recherche, et nous sommes financés par le Programme du Centre des compétences du gouvernement du Canada.

Table des matières

4

Principales conclusions

5

Stabilisation des effectifs

7

Combien y a-t-il de professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada?

9

Évaluation du coût de la perte de personnel

14

Quelles sont les causes de la migration des travailleurs de la santé?

18

De qui relève la fidélisation?

21

Mettre en place des changements pour fidéliser le personnel de la santé

24

Annexe A : Méthodologie

30

Annexe B : Bibliographie

Principales conclusions

- La migration des professionnels de la santé, tant au sein d'une même province que d'une province à l'autre et au-delà des frontières, a des répercussions mesurables sur les systèmes de santé, mais reste mal comprise au niveau national. Les données confirment que les professionnels de la santé se déplacent effectivement entre régions, ce qui engendre des pressions en termes de coûts et de capacités. Toutefois, le manque de données disponibles et les pratiques de collecte fragmentées et incohérentes limitent la compréhension de l'ampleur et des tendances de ce phénomène et des facteurs qui en sont à l'origine.
- Les décisions de migration sont motivées par un ensemble systématique de facteurs structurels et liés au milieu de travail. Les différences en matière de rémunération et de champ d'activité, l'accès à la formation continue, les perspectives d'emploi et la culture d'entreprise influent de manière importante sur la décision d'un professionnel de la santé de rester sur place, de déménager au sein du Canada ou de quitter le pays.
- L'instabilité de la main-d'œuvre engendre des coûts considérables au niveau du système, coûts qui sont attribuables principalement au roulement du personnel plutôt qu'à la migration seule. Chaque professionnel de la santé qui quitte son poste entraîne des coûts liés au remplacement, estimés à entre 118 000 et 158 000 dollars par médecin et à entre 38 000 et 140 000 dollars par infirmière, que le départ se fasse au sein d'une même province, vers une autre province ou vers l'étranger.
- Lorsque des professionnels de la santé quittent le Canada, il se produit également une perte des investissements publics dans l'éducation et la formation. Pour les médecins, cet investissement varie entre 553 000 et 1 011 000 dollars par personne, en fonction de la spécialité et de la durée de la formation, et les pertes totales liées à la migration de sortie ont dépassé 66,1 millions de dollars en 2023. Si les flux migratoires mesurés sont relativement modestes, des données plus larges indiquent que le roulement du personnel au sein des organisations et entre celles-ci est bien plus répandu, ce qui fait de ce phénomène la source la plus importante de pression sur le système.
- Les efforts visant à améliorer la fidélisation se heurtent à une fragmentation de la responsabilité entre les différents systèmes canadiens d'immigration, d'admission des professionnels et de soins de santé. La responsabilité de la fidélisation du personnel est partagée entre les organismes de réglementation, les établissements d'enseignement, les employeurs et les pouvoirs publics, chacun ayant des mandats particuliers. Aucune organisation n'a la responsabilité explicite de surveiller les mouvements du personnel de la santé ni de coordonner les stratégies de fidélisation à l'échelle du Canada, ce qui limite la capacité du système à réagir efficacement.



Stabilisation des effectifs

Au cours des dernières décennies, les systèmes de santé canadiens ont enregistré des progrès remarquables, le personnel de la santé ayant mis en œuvre des interventions permettant de prolonger la vie et de sauver des vies qui ont transformé les résultats cliniques des patients dans tout le pays.

Ces avancées ont engendré de nouvelles pressions. À mesure que la demande de soins augmente, les pressions sur l'avenir du système s'intensifient également.

La population canadienne vieillit rapidement. La pénurie de personnel dans le secteur de la santé persiste : selon des estimations récentes, pour répondre à la demande actuelle, le système aurait besoin de dizaines de milliers de professionnels de la santé supplémentaires dans de multiples spécialités¹. Les coûts des soins de santé et les dépenses globales du système sont en hausse, tandis que la demande de services continue d'augmenter².

Ensemble, ces forces redéfinissent ce que sont des soins viables et de grande qualité au Canada. Le défi est clair. Comment mettre en place un système qui répond aux besoins d'aujourd'hui tout en se préparant aux réalités de demain?

Parmi les défis auxquels le système est confronté, la résolution de la pénurie de main-d'œuvre figure parmi les solutions les plus faciles à mettre en œuvre dans l'immédiat. Les pouvoirs publics disposent de plusieurs leviers de politiques, notamment l'élargissement des parcours de formation, le soutien à l'amélioration de la reconnaissance des titres de compétences internationaux, la modernisation du champ d'activité et le renforcement de la fidélisation du personnel³. Cependant, toutes les solutions ne donnent pas de résultats au même rythme.

Cela signifie que le système doit agir sur deux fronts à la fois : obtenir des résultats là où l'impact est immédiat, tout en renforçant les fondements qui garantissent la stabilité à long terme de l'effectif de la santé.

Dans ce contexte, nous avons mené une étude sur le coût du roulement de personnel et de la migration de sortie des professionnels de la santé canadiens, ainsi que sur la manière dont les organismes de réglementation et les établissements d'enseignement suivent ces départs et y réagissent. Notre approche a combiné une analyse quantitative coûts/conséquences avec des observations qualitatives tirées d'entrevues menés auprès de dix-huit représentants d'associations nationales et d'organismes de réglementation provinciaux et territoriaux, ainsi que de sept groupes de discussion réunissant 32 représentants d'établissements d'enseignement. La méthodologie détaillée est présentée à l'Annexe A.

1 Santé Canada, « Les soins offerts aux Canadiens ».

2 Statistique Canada, « Renouvellement de la main-d'œuvre dans les professions de la santé »; Institut canadien d'information sur la santé, « Main-d'œuvre de la santé, 2024 : effectif et soins directs »; Agence de la santé publique du Canada, « Vieillesse et maladies chroniques »; Institut canadien d'information sur la santé, « Tendances des dépenses liées à la prestation de services de santé, 2025 ».

3 News.Ontario.ca, « L'Ontario et l'Alberta s'associent pour créer plus de chances pour les travailleurs spécialisés formés à l'étranger »; Post-Secondary Education and Future Skills, « "New Regulations Streamline Pathway for International Credentials" »; Canada, « Évaluation du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers, 2025 ».

Recrutement et fidélisation : des leviers complémentaires

Le recrutement de professionnels de la santé provenant d'autres régions du Canada et d'autres pays permet d'attirer du personnel qualifié afin de compléter les effectifs existants et l'offre régionale issue de l'enseignement et de la formation au Canada. Du point de vue du recrutement à l'échelle nationale, il existe quatre principales stratégies, avec leurs propres effets systémiques, leur propre horizon temporel et leurs risques particuliers. Ces stratégies sont : nouvelle répartition, répartition ciblée, élargissement du vivier, ainsi que stratégies de participation et de réinsertion. Voir le Tableau 1 pour obtenir une liste détaillée des méthodes de recrutement dans le secteur de la santé au Canada.

Le recrutement à l'international constitue une autre approche pour remédier aux pénuries de personnel. Au cours de la dernière décennie, les gouvernements ont de plus en plus eu recours à cette stratégie pour compléter leurs capacités nationales en matière de formation⁴. Les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) exerçant des professions réglementées jouent un rôle essentiel pour combler les lacunes liées aux capacités limitées du système d'enseignement national et aux contraintes en matière de recrutement.

Ce besoin est manifeste dans des professions telles que la médecine de famille, les soins infirmiers, la physiothérapie, la pharmacie et l'ergothérapie. Un rapport de 2025 Santé Canada estime que l'écart entre l'offre et la demande s'élève à environ 74 500 professionnels de la santé, alors que seuls 20 395 diplômés ont intégré ces secteurs⁵.

Le recrutement international peut s'effectuer par des voies actives et passives. Le recrutement actif consiste en des efforts ciblés, menés par les employeurs ou les autorités compétentes, visant à attirer des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) vers des postes précis (par exemple, des campagnes de recrutement ou des mesures de sollicitation directes), tandis que le recrutement passif désigne les PSFE qui immigreront de leur propre initiative au Canada par le biais de volets d'immigration plus généraux, tels que les volets économiques, de réunification des familles ou de réfugiés, et qui cherchent ensuite un emploi dans le secteur de la santé⁶. Il est important de distinguer ces différents parcours, car ils soulèvent des questions différentes en matière de politiques, d'éthique et de planification des effectifs.

Tableau 1
Stratégies de recrutement des professionnels de la santé

Stratégies de recrutement	Objectif principal	Effet sur les capacités	Horizon temporel	Principaux risques/compromis
Nouvelle répartition	Réaffecter les membres du personnel actuels entre différentes régions ou différents secteurs	Pas de gain net au niveau national; les pénuries se déplacent d'une région à l'autre	Immédiat	Concurrence salariale, inégalités entre les provinces, roulement du personnel, augmentation des coûts du système
Répartition ciblée	Améliorer l'harmonisation entre l'effectif et les besoins de la population	Améliore l'efficacité de la répartition, mais limite les gains nets en matière d'offre	Court à moyen terme	Difficultés liées à la fidélisation; dépendance à l'égard des mesures incitatives actuelles; continuité inégale du service
Élargissement du vivier	Accroître l'effectif national à long terme	Augmente l'offre nette future	Moyen à long terme	Effet différé; contraintes en matière de capacités d'enseignement; coût budgétaire
Participation et réinsertion	Accroître la participation des professionnels déjà en poste au marché du travail	Légère augmentation de l'offre à court terme	Court terme	Souvent temporaire; dépendance à l'égard de l'amélioration des conditions de travail ou des salaires

Source : Signal49 Recherche.

4 Emploi et Développement social Canada, « Le gouvernement du Canada aide 6600 professionnels de la santé formés à l'étranger à travailler au Canada ».

5 Santé Canada, « Les soins offerts aux Canadiens ».

6 Santé Canada, « Cadre éthique pour le recrutement et la fidélisation au Canada des professionnels de la santé formés à l'étranger ».

Combien y a-t-il de professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada?

Selon le recensement de 2021, on estimait à 259 695 le nombre de professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) au Canada cette année-là, dont environ un tiers étaient des infirmiers et infirmières formés à l'étranger (IFE).⁷ Toutefois, cette estimation présente des limites importantes. Les données du recensement ne prennent pas en compte de nombreux résidents temporaires, notamment les étudiants étrangers et les personnes arrivant dans le cadre de programmes tels que celui des aides familiaux, dont un grand nombre ont suivi une formation dans le domaine de la santé. Cela signifie que le nombre de PSFE est probablement sous-estimé, d'autant plus que bon nombre d'entre eux arrivent initialement au Canada en tant que résidents temporaires avant d'obtenir le statut de résident permanent.

Le Canada attire les PSFE pour plusieurs raisons, qui reflètent à la fois les besoins du système de santé et les facteurs qui influent sur les décisions individuelles en matière de migration.

Facteurs pour le système de santé (pourquoi le Canada recrute des professionnels de la santé formés à l'étranger) :

Les capacités de formation nationales sont insuffisantes pour répondre à la demande, particulièrement en raison du vieillissement de la population et de la complexité croissante de ses besoins en matière de soins de santé⁸.

Les pénuries persistent dans de nombreux secteurs professionnels; par exemple, en 2025, on comptait 13 538 postes vacants d'infirmières et de professionnels paramédicaux⁹.

Les difficultés persistantes en matière d'attraction et de fidélisation de personnel dans les collectivités rurales et isolées ont conduit certaines provinces à recruter à l'étranger (par exemple, le programme « Designated Countries Pathway » de Terre-Neuve-et-Labrador)¹⁰.

Facteurs d'attraction influant sur les décisions de migration des professionnels de la santé formés à l'étranger¹¹ :

- Meilleure rémunération
- Milieu de travail et de vie plus sûrs
- Possibilités de développement professionnel et de progression de carrière
- Meilleures conditions de travail et installations
- Niveau de vie plus élevé

Pour exercer leur profession au Canada, les PSFE ayant suivi une formation dans une profession assujettie à l'obtention d'un permis doivent obtenir un permis canadien¹². Ce processus est long, coûteux et complexe¹³. Le taux de succès de ce processus dans les professions de la santé est limité, puisque seuls 42 % des PSFE employés au Canada exercent une profession dans le secteur de la santé¹⁴. Les obstacles systémiques à l'obtention d'un permis d'exercice pour les PSFE au Canada expliquent probablement pourquoi nous avons constaté, dans notre étude, que 7 % des immigrants occupant des postes dans le secteur de la santé quittent le pays au cours des cinq premières années suivant leur arrivée au Canada¹⁵.

7 Frank et coll., « Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada ».

8 Signal49 Recherche, « En mode solutions : Remédier aux graves pénuries de compétences dans les domaines de la santé, des métiers et des technologies au Canada ».

9 Signal49 Recherche. Remarque : ces chiffres officiels ne tiennent pas compte des personnes nées au Canada qui ont obtenu leur diplôme le plus élevé à l'extérieur du Canada. Ces personnes seraient considérées comme étant des PSFE par les organismes provinciaux de la délivrance de permis d'exercice, mais elles ne sont pas prises en compte dans ces chiffres.

10 Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, « The Government of Newfoundland and Labrador Expanding Recruitment Efforts ».

11 Tam et coll., « Empirically Evaluating the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel's Impact on Four High-Income Countries Four Years after Adoption ».

12 Il existe toutefois quelques exceptions, lorsque les organismes de réglementation nationaux ou provinciaux/territoriaux ont conclu des accords de reconnaissance mutuelle avec d'autres pays. Par exemple, le Conseil national des examens dentaires du Canada reconnaît les programmes agréés des États-Unis, de l'Australie, de l'Irlande et de la Nouvelle-Zélande. Conseil national des examens dentaires du Canada, « Voie d'accès à la profession ».

13 Ewen et coll., « Compter sur les soins infirmiers : enquête auprès des infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui n'exercent pas leur profession en Ontario »; Crea-Arsenio et coll., « The Changing Profile of the Internationally Educated Nurse Workforce ».

14 Frank et coll., « Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada ».

15 Signal49 Recherche, « Des occasions manquées 2025 : Tendances en matière de rétention des immigrants hautement qualifiés et des professions en demande ».

Selon une estimation pour 2025, il manquerait à l'échelle nationale plus de 22 800 médecins de première ligne. Étant donné que le Canada forme environ 1 300 médecins de première ligne chaque année, l'offre nationale ne suffira pas à elle seule à combler ce déficit à court terme¹⁶.

Le recrutement international n'est pas une option, c'est une nécessité. Pourtant, les PSFE se heurtent à des obstacles dans leur parcours professionnel. L'un des principaux défis structurels réside dans la nature décentralisée du système de santé canadien. Les provinces et les territoires sont régis par des cadres réglementaires et de financement distincts, ce qui entraîne des exigences d'inscription hétérogènes d'une région à l'autre. À ces obstacles systémiques s'ajoutent d'autres difficultés, notamment des examens de maîtrise de la langue coûteux et, dans certains cas, redondants, l'adaptation aux normes cliniques et professionnelles canadiennes, ainsi que les difficultés personnelles et financières liées à la migration et à la perturbation de la carrière¹⁷.

Les réformes majeures des politiques et les initiatives de modernisation de l'autorisation mises en place ces dernières années ont permis d'accélérer la reconnaissance des titres de compétences, de simplifier les procédures d'octroi de permis et de mettre en place des parcours d'intégration mieux structurés pour certains PSFE¹⁸. Toutefois, certaines associations professionnelles, notamment l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO), ont mis en garde contre le fait de considérer le recrutement à l'international comme la principale stratégie pour renforcer les effectifs du secteur de la santé¹⁹. L'Association fait valoir que la stabilisation des effectifs nécessite une approche plus globale, comprenant notamment un renforcement des capacités de formation nationales, une meilleure fidélisation du personnel et des mesures visant à remédier aux conditions de travail qui poussent les professionnels à quitter le système.

Cette approche se reflète dans le Cadre éthique pour le recrutement de Santé Canada, dont un des principes est la « stabilité de l'effectif en santé », définie comme la capacité d'une juridiction à développer et à maintenir de manière indépendante un effectif en santé capable de répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé, réduisant ainsi la dépendance à l'égard du recrutement actif à l'international actif²⁰. Parmi ces stratégies, le renforcement de la fidélisation apparaît comme l'un des leviers les plus immédiats et les plus maîtrisables dont disposent les gouvernements.

La fidélisation s'articule autour de plusieurs dimensions, tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel, et repose sur de multiples facteurs. Les professionnels de la santé sont depuis longtemps conscients de la nécessité de s'attaquer aux problèmes liés à la satisfaction professionnelle, à l'épuisement professionnel et à l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée. La pandémie de COVID-19 a accentué l'urgence de la situation, les congés de maladie, l'épuisement professionnel et les départs à la retraite ayant augmenté dans l'ensemble du secteur pendant et après la pandémie²¹. Pour comprendre ces facteurs, il faut adopter une approche fondée sur les données qui permet d'identifier les domaines dans lesquels les mesures prises auront le plus d'effet. Cependant, le Canada ne dispose pas de données cohérentes, à l'échelle du système, sur le nombre de professionnels de la santé qui quittent leur poste ou changent de région. De ce fait, les décisions relatives à la planification des effectifs, à la dotation, à l'affectation et à la formation sont souvent prises sans les données nécessaires à un ciblage efficace des interventions.

16 Leiva Tobelem et coll., « Expanding Healthcare Capacity in Canada ».

17 Centre des Compétences futures., « Parcours des professionnels de la santé formés à l'étranger ».

18 Chiu et coll., « Licensure Pathways for Internationally Educated Nurses »; Emploi et Développement social Canada, « Évaluation du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers, 2025 »; Touchstone Institute, « Practice Ready Ontario (PRO) ».

19 RNAO, « Recruiting and Retention ».

20 Santé Canada, « Cadre éthique pour le recrutement et la fidélisation au Canada des professionnels de la santé formés à l'étranger ».

21 Baumann et Crea-Arsenio, « The Crisis in the Nursing Labour Market ».

Évaluation du coût de la perte de personnel

Il est essentiel de bien comprendre les facteurs d'instabilité de l'effectif – notamment le roulement du personnel, les changements de poste et les déplacements d'une région à l'autre ou d'un pays à l'autre – pour évaluer le coût et l'effet de la perte de main-d'œuvre. Les données relatives à la fidélisation restent fragmentées selon les provinces, les professions et les organismes de réglementation. Si les transferts et les renouvellements d'autorisations d'exercice reflètent certains aspects des déplacements du personnel, ces données ne sont pas normalisées ou communiquées de façon systématique à l'échelle nationale.

Pour combler cette lacune, Signal49 Recherche a créé une carte interactive du Canada qui permet de suivre les mouvements au sein des provinces et territoires, la migration entre provinces et territoires, ainsi que la migration sortante dans les professions de la santé réglementées, notamment les médecins, les infirmières, les pharmaciens, les technologues en radiation médicale et en imagerie médicale, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes et les dentistes. Cet outil prend en compte le lieu de formation et les caractéristiques régionales de l'effectif afin de donner un portrait plus précis des zones où les pressions s'intensifient.



Types de migration – définitions

Migration intraprovinciale/intraterritoriale : Cet indicateur rend compte des travailleurs de la santé (formés au Canada ou à l'étranger) qui changent de région sanitaire au sein d'une même province. Il est mesuré au point d'arrivée dans la région de destination et ne prend en compte que les personnes entrant dans cette région. L'indicateur ne prend pas en compte les personnes qui quittent une région, car leur destination n'est pas enregistrée, et exclut tout déplacement vers ou depuis d'autres provinces.

Migration entre provinces et territoires : Cet indicateur recense les travailleurs de la santé (formés au pays ou à l'étranger) qui quittent une région sanitaire d'une province pour s'installer dans une région sanitaire d'une autre province. Il est mesuré au point d'arrivée dans la province et la région sanitaire de destination et ne prend en compte que les personnes entrant depuis l'extérieur de la province. Il ne prend pas en compte les personnes qui quittent une province, car leur destination n'est pas enregistrée, et exclut les déplacements à l'intérieur d'une même province.

Migration de sortie : Cet indicateur rend compte des travailleurs de la santé qui quittent une région sanitaire ou une province pour aller travailler dans un autre pays. Il est mesuré à partir des annulations de permis pour lesquelles les personnes ont indiqué, par exemple en la signalant elles-mêmes, leur intention de déménager ou de travailler à l'étranger, et ne prend en compte que celles qui quittent le pays. Il ne prend pas en compte les personnes entrant au Canada depuis l'étranger. Lorsqu'il n'est pas possible de confirmer qu'une annulation de permis correspond au départ d'une personne du pays, cette migration de sortie n'est pas déclarée.

Roulement du personnel : coûts et conséquences sur le système

Certaines formes de mobilité sont nécessaires et peuvent améliorer le rendement du système, comme le départ à la retraite aux étapes prévues de la carrière, l'avancement professionnel, la nouvelle répartition géographique visant à améliorer l'accès des patients aux soins, ou le remplacement du personnel au rendement insuffisant. Cependant, même le roulement de personnel habituel a des répercussions sur la continuité des soins, la stabilité organisationnelle et les coûts du système. Lorsque la mobilité du personnel n'est pas planifiée ou qu'elle s'intensifie, ses répercussions vont au-delà des fonctions individuelles et touchent les patients, le personnel restant ainsi que la capacité globale du système.

Les taux de roulement du personnel sont difficiles à mesurer et varient considérablement selon la profession et le cadre d'exercice. Sur les sept professions réglementées examinées, il n'y en avait que trois pour lesquelles des données récentes sur le taux de roulement au Canada étaient disponibles.

Une étude menée en Ontario en 2026, visant à estimer les taux de roulement annuels, a révélé que le taux de roulement des infirmières travaillant en milieu hospitalier variait entre 15 et 44 %, tandis que celui des infirmières à domicile se situait entre 25 et 31 %. Pour les médecins exerçant en milieu hospitalier, le taux de roulement annuel estimé est plus faible, soit entre 5 et 7 %²².

Les données relatives au taux de roulement des pharmaciens sont également limitées. Selon un seul modèle provincial, le taux de roulement annuel se situerait

entre 2,9 et 3,1 %, sous l'effet du vieillissement, de la mortalité, des changements de situation professionnelle et de la migration interprovinciale nette²³.

Les données concernant les autres professions demeurent fragmentées. Des études menées auprès des professionnels canadiens de la réadaptation, principalement des ergothérapeutes, indiquent que 10 à 15 % d'entre eux quittent leur emploi sur une période de deux ans²⁴. Il n'existe pas de données nationales sur le taux de roulement des technologues en radiation médicale, mais un rapport de 2025 estime que le taux de postes vacants se situe entre 8 et 15 %²⁵. Même si les postes vacants ne sont pas équivalents au roulement du personnel, cette donnée constitue un indicateur pratique permettant d'évaluer les pressions sur le personnel lorsque l'on ne dispose pas de données nationales sur le roulement du personnel.

Les implications financières du roulement du personnel

Coûts directs liés au roulement du personnel

Le coût direct du roulement dans le secteur de la santé correspond au coût total lié au remplacement d'un membre du personnel qui quitte son poste, y compris les frais de recrutement et d'embauche, ainsi que le temps nécessaire pour mener les entretiens et vérifier les références. Il comprend également les coûts liés à l'intégration et à la formation du nouveau personnel.

Voir le Tableau 2 pour la liste complète des cinq catégories de coûts directs liés au roulement du personnel.

Tableau 2
Cinq catégories de coûts directs liés au roulement

Composante	Description	Éléments de coût
Recrutement et attraction	Ressources nécessaires pour trouver et attirer des candidats	Efforts de recrutement, temps consacré par le personnel des ressources humaines, campagnes publicitaires, salons de l'emploi, activités de sollicitation, matériel de recrutement
Postes vacants et perturbations du service	Frais engagés tant que le poste reste vacant	Personnel temporaire ou intérimaire, rémunération des heures supplémentaires, réduction de la capacité de service, y compris les lits désaffectés
Recrutement et intégration	Coûts administratifs et financiers liés à l'embauche d'un nouveau membre du personnel	Temps consacré aux entrevues, démarches d'embauche, primes à la signature et primes d'encouragement
Orientation et formation	Investissement nécessaire avant la pleine productivité	Salaires du personnel chargé de la formation, matériel pédagogique, équipement, tuteurs et temps consacré à la supervision
Départ et transition	Coûts liés à la gestion des départs	Frais administratifs, temps de travail du personnel consacré aux procédures de fin d'emploi et aux communications relatives au départ

Source : Signal49 Recherche.

22 Zagrodny et coll., « The Cost of Turnover in Home Healthcare ».

23 Peachey et coll., « Workforce Planning for Pharmacists and Pharmacy Technicians in New Brunswick ».

24 Yeoh et coll., « Unveiling the Exodus ».

25 Association canadienne des technologues en radiation médicale, « Medical Radiation Technologist Workforce Crisis ».

Coûts indirects liés au roulement du personnel

Un taux de roulement élevé peut nuire à la qualité des soins, et contribuer à une hausse des taux de mortalité, à une augmentation des erreurs médicales et à une diminution de la continuité des soins pour les patients. Il est également associé à une baisse de la satisfaction des patients et à une diminution de la productivité du personnel²⁶.

Le roulement de personnel exerce également une pression accrue sur les professionnels qui restent. La charge de travail augmente, le moral baisse et l'épuisement professionnel s'accélère, autant de facteurs qui favorisent de nouveaux départs. Si rien n'est fait, le roulement de personnel peut s'auto-alimenter, déstabiliser les équipes et, à terme, nuire au rendement du système.²⁷

À l'heure actuelle, il n'existe d'estimations fiables des coûts directs liés au roulement du personnel que pour deux professions de la santé au Canada : les médecins et les infirmières. Les données disponibles indiquent que les coûts liés au roulement du personnel varient entre 118 448 et 158 588 dollars par médecin et entre 38 000 et 140 000 dollars par infirmière, en dollars de 2025²⁸. Ces estimations varient considérablement en fonction de facteurs tels que le poste occupé, le niveau de spécialisation, les délais de remplacement, les coûts de recrutement et d'intégration, ainsi que l'ampleur de la perte de productivité pendant la période où le poste est vacant.

Le manque de données canadiennes sur les coûts liés au roulement du personnel dans de nombreuses professions de la santé reflète une fragmentation structurelle dans la manière dont les informations relatives au personnel sont recueillies, gérées et communiquées au sein des organisations et des organismes de réglementation de la santé. En l'absence d'exigences coordonnées et normalisées en matière de divulgation, le taux de roulement du personnel n'est ni mesuré ni pris en compte de manière systématique en tant qu'indicateur au niveau du système. Une grande partie des données disponibles provient des systèmes de santé américains, où les modèles de calcul des coûts reflètent une structure de financement davantage axée sur le marché, comprenant les revenus des assureurs privés, les garanties prises en charge par les employeurs et les paiements à la charge des patients. L'application de ces estimations au contexte canadien entraîne une distorsion systématique, car elles intègrent des éléments de coût qui ne sont pas directement comparables.

Cela limite la capacité des responsables de politiques à évaluer avec précision les implications financières de l'instabilité de l'effectif, affaiblit l'argumentaire économique en faveur d'investissements axés sur la fidélisation du personnel et entrave la conception d'initiatives ciblées et fondées sur des données probantes. Le renforcement des approches nationales en matière de mesure des coûts liés au roulement du personnel permettrait une planification plus précise du système et favoriserait la mise en place de stratégies de fidélisation plus efficaces.

Voir l'Annexe A pour obtenir la liste complète des éléments de la modélisation et de ses limites.

Perte de talents, perte d'investissements : le coût de la migration de sortie

La migration de sortie désigne les professionnels qui quittent le Canada pour exercer leur profession à l'étranger. Cette donnée inclut également les personnes qui continuent de résider au Canada, dans les provinces frontalières, mais qui traversent les frontières internationales pour aller travailler, le plus souvent aux États-Unis²⁹. Pour évaluer les coûts au niveau du système liés à la migration de sortie des professionnels de la santé, il convient de distinguer les coûts communs à l'ensemble des professionnels de la santé de ceux qui varient en fonction du parcours de formation.

Tout départ entraîne au minimum des coûts liés au roulement du personnel pour l'organisme employeur. Au-delà de ces répercussions sur le milieu de travail, les professionnels de la santé représentent également un investissement public au niveau fédéral ou provincial/territorial, par le biais du soutien à l'éducation et à la formation. Lorsque des personnes quittent le pays, les coûts directs et indirects pour le système de santé public comprennent les coûts organisationnels immédiats liés à la perte d'un professionnel de la santé, ainsi que les répercussions à plus long terme sur les investissements publics.

26 De Vries et coll., « The Race to Retain Healthcare Workers ».

27 De Vries et coll., « The Race to Retain Healthcare Workers »; Zaheer et coll., « Turnover Intention of Hospital Staff in Ontario, Canada ».

28 Hartsell et Noecker, « Quantifying the Cost of Advanced Practice Provider Turnover »; Duffield et coll., « A Comparative Review of Nurse Turnover Rates and Costs across Countries »; Zagrodny et coll., « The Cost of Turnover in Home Healthcare ».

29 Ariste, « Distribution and Migration of Recent Healthcare Graduates in Canada »; Freeman et coll. « Des infirmières et infirmiers diplômés au Canada envisagent de partir à l'étranger pour travailler ».

Tableau 3

Estimations de la contribution provinciale à la formation pour les professionnels de la santé

Profession	Caractéristiques de la formation	Contribution provinciale estimée (moyenne)
Médecin	Baccalauréat en trois ans	318 493 \$
Médecin	Baccalauréat en quatre ans	424 658 \$
Médecin	Résidence d'un an après études supérieures	117 400 \$
Médecin : médecine familiale	Résidence près études supérieures	234 800 \$
Médecin : spécialiste	Résidence de cinq ans après études supérieures	587 000 \$
Infirmière	Programme universitaire	20 416 \$ - 31,196 \$
Infirmière	Programme collégial	15 026,36 \$ - 22 866,20 \$
Infirmière : soins intensifs	–	22 866 \$ - 35 932 \$
Pharmacien	–	14 046 \$ - 32 502 \$
Dentiste	–	14 046 \$ - 32 502 \$
Ergothérapeute	–	14 046 \$ - 32 502 \$
Physiothérapeute	–	14 046 \$ - 32 502 \$
Technologue en radiation médicale	–	4 083 \$ - 27 929 \$

Source : Signal49 Recherche.

Pour les professionnels formés au Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux accordent du financement aux établissements d'enseignement secondaire afin de soutenir les programmes d'éducation en matière de santé. Ce financement suit généralement des barèmes établis qui couvrent les frais de fonctionnement des établissements et prévoient un financement par étudiant calculé en fonction des inscriptions et des dépenses liées à l'enseignement. Le Tableau 3 présente la contribution estimée des gouvernements provinciaux et territoriaux, par profession.

Pour les professionnels de la santé immigrants, la structure des investissements publics diffère de celle applicable aux professionnels formés au pays. Au niveau national, le financement est assuré par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) ou par Emploi et Développement social Canada (EDSC) pour les services généraux d'aide à l'établissement et certains programmes ciblés d'aide à la reconnaissance des titres de compétences. Ces services ont pour but d'aider les nouveaux arrivants à s'adapter à la vie au Canada et

peuvent comprendre des cours de langue, une aide à l'emploi, un accompagnement en matière de logement, des services d'orientation ainsi que des programmes ciblés destinés aux jeunes et aux personnes âgées³⁰.

Sur la base des dépenses moyennes par client consacrées à l'installation, communiquées par IRCC, nous estimons que la migration de sortie d'un PSFE représente environ 2 878 dollars par personne en investissements fédéraux liés à l'établissement³¹. Bien qu'elles soient modestes par rapport à l'ensemble des dépenses fédérales, les subventions directes à l'éducation par personne ne constituent généralement pas le principal facteur de coût fédéral pour ce groupe. Les investissements fédéraux (notamment ceux d'IRCC, d'ESDC et de Santé Canada) sont plutôt le plus souvent consacrés à des initiatives à l'échelle du système, telles que les programmes favorisant la reconnaissance des titres de compétences étrangers, ainsi qu'à des subventions ciblées et à des programmes incitatifs visant à faciliter l'intégration sur le marché du travail³².

30 Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, « Découvrez les processus de financement pour les services d'établissement ».

31 Ces estimations représentent le coût total des services d'établissements pour la période 2020-2022 divisé par le nombre total d'utilisateurs uniques de ces services sur la même période. Ces chiffres ne concernent que les personnes ayant le statut de résident permanent et comprennent également les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur de la santé.

32 Emploi et Développement social Canada, « Le gouvernement du Canada aide 6600 professionnels de la santé formés à l'étranger à travailler au Canada ».

Quel est le coût de la migration du personnel pour le système?

Au Canada, les seules données nationales fiables sur la migration entre provinces et territoires et la migration de sortie internationale portent sur les médecins et ne tiennent pas compte du lieu de formation. En 2023, 69 médecins de famille ont changé de province et 17 ont quitté le pays. Au cours de la même période, 109 spécialistes ont déménagé dans une autre province et 67 ont quitté le pays.

En pourcentage, cela ne représente qu'une faible part de l'effectif total de médecins au Canada. Toutefois, même des mouvements limités peuvent avoir des répercussions mesurables sur le système, en particulier lorsqu'ils se concentrent dans certaines régions, certaines spécialités ou certaines périodes, ou lorsque la migration entraîne la perte de professionnels formés au Canada.

D'après les hypothèses et les paramètres de notre modèle, on estime que les départs de ces 262 médecins en l'espace d'un an ont engendré environ 36,2 millions de dollars en coûts liés au roulement du personnel pour les systèmes de santé provinciaux, ainsi qu'une perte de plus de 66,1 millions de dollars d'investissements provinciaux dans la formation, en raison de la migration de sortie de professionnels formés au Canada. En supposant que 27 % des professionnels de la santé formés à l'étranger sont des médecins, la perte d'investissement d'IRCC en matière d'établissement se serait élevée à 60 438 dollars. Ces estimations montrent que, même si les flux de migration de sortie sont modestes, le départ de chaque personne représente un investissement financier considérable, compris entre 553 000 et 1 011 000 dollars.

Au niveau provincial, les données sur la migration interprovinciale des infirmières ne sont disponibles que pour la Saskatchewan et le Québec, ce qui reflète les limites plus générales des données sur la mobilité du personnel dans l'ensemble des professions. En Saskatchewan, dix-neuf infirmières ont quitté la province pour s'installer dans d'autres provinces en 2024 et huit l'ont fait en 2025, ce qui a entraîné des coûts liés au roulement du personnel estimés entre 285 000 et 434 000 dollars en 2024 et entre 120 000 et 182 000 dollars en 2025. Au Québec, 254 infirmières auxiliaires diplômées formées dans la province ont quitté la province en 2024 et 253 l'ont quittée en 2025, ce qui a entraîné des coûts liés au roulement du personnel estimés entre 3,81 millions et 5,80 millions de dollars en 2024 et entre 3,80 millions et 5,78 millions de dollars en 2025.

Bien que les flux observés soient limités dans les données administratives disponibles, l'application d'estimations à l'échelle de la population indique que les mouvements ont été nettement plus importants au sein de l'effectif infirmier dans son ensemble. Les données du recensement de 2021 indiquent un taux de migration interprovinciale de 0,7 % sur un an et de 3,0 % sur cinq ans pour les professions en soins infirmiers (CNP 301)³³. Si l'on se base sur l'estimation de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), qui fait état de 292 859 infirmières diplômées, infirmières praticiennes et infirmières psychiatriques autorisées, cela correspond à environ 2 050 infirmières qui changent de province chaque année, soit près de 8 800 sur une période de cinq ans³⁴. Ces estimations montrent que même des taux de migration relativement faibles peuvent se traduire par une nouvelle répartition importante de l'effectif à grande échelle. Il convient toutefois d'interpréter ces chiffres avec prudence. Les indicateurs de mobilité fondés sur le recensement s'appuient sur le lieu de résidence déclaré par les personnes plutôt que sur leur participation réelle au marché du travail; ils peuvent donc inclure des personnes qui ont déménagé, mais qui ne travaillent pas activement ou ne sont pas titulaires d'un permis d'exercice dans la province de destination. De plus, le fait que le recensement regroupe les multiples postes de soins infirmiers au sein d'une même catégorie professionnelle peut masquer les différences dans les schémas de mobilité des différentes professions. Cela signifie que ces estimations peuvent ne pas correspondre exactement aux indicateurs des mouvements de personnel fondés sur les autorisations d'exercice et qu'elles doivent être interprétées comme étant des indicateurs généraux de mobilité potentielle plutôt que comme des flux de personnel avérés.

On observe des tendances similaires dans d'autres professions de la santé réglementées. Les données du recensement indiquent que les taux annuels de migration interprovinciale et interterritoriale varient selon la profession, allant d'environ 0,8 % chez les technologues en radiation médicale à 2,0 % chez les médecins (CNP 311), avec un taux de 0,9 % chez les pharmaciens et de 1,1 % chez les ergothérapeutes et les physiothérapeutes³⁵. Sur une période de cinq ans, l'augmentation cumulée de la migration se situe entre environ 3 % (par ex. pour les technologues en radiation médicale) et près de 8 % pour les médecins³⁶. Ces taux sont faibles en pourcentage, mais ils confirment néanmoins que la mobilité de la main-d'œuvre est une caractéristique persistante du marché du travail dans le secteur de la santé au Canada et qu'elle peut entraîner des effets importants en matière de répartition à grande échelle.

33 Statistique Canada, « Mobilité interprovinciale de la main-d'œuvre au Canada, par profession et niveau d'études ».

34 Institut canadien d'information sur la santé, « Tableaux de données ».

35 Statistique Canada, « Mobilité interprovinciale de la main-d'œuvre au Canada, par profession et niveau d'études ».

36 Statistique Canada.

Pris ensemble, ces résultats semblent indiquer que la mobilité entre provinces et territoires contribue à une nouvelle répartition d'un effectif déjà limité, et que tant les déplacements entre provinces et territoires que les déplacements à l'international entraînent des coûts mesurables pour le système. Plus généralement, ces résultats mettent en évidence une dynamique sous-jacente plus large : les flux migratoires observables ne reflètent probablement qu'une partie de l'instabilité de l'effectif global. Par rapport à la migration, le roulement du personnel au sein des organisations et des secteurs exerce une pression plus fréquente et souvent moins visible sur la capacité des systèmes de santé, les taux d'attrition parmi les professionnels de la santé variant considérablement et la migration ne constituant qu'une composante parmi d'autres de la perte globale de personnel³⁷. Des mesures visant uniquement à limiter les déplacements transfrontaliers ou entre provinces et territoires pourraient avoir un effet limité si elles ne s'accompagnent pas d'efforts plus larges visant à réduire le roulement évitable du personnel et à renforcer la fidélisation au sein du système.



Quelles sont les causes de la migration des travailleurs de la santé?

Nous avons mené 50 entretiens et groupes de discussion auprès de représentants d'organismes de réglementation, d'associations nationales et d'établissements d'enseignement afin de comprendre les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé changent de lieu de travail au Canada ou quittent le pays (voir l'Annexe A). Nous avons également cherché à déterminer à qui incombe la responsabilité du suivi de la migration des professionnels de la santé et quelles mesures doivent être prises au niveau du système en matière de fidélisation.

Les mouvements de personnel de la santé ont des causes à la fois individuelles et systémiques

Les mouvements des professionnels de la santé résultent d'une interaction complexe entre des facteurs individuels et systémiques, chacun associé à des priorités, des solutions et des acteurs responsables différents. La fidélisation exige la prise en compte de ces facteurs et la coordination des actions entre les établissements et les régions. Au niveau individuel, nous avons appris que les décisions de déménager au sein d'une même province ou dans une autre province sont souvent influencées par des facteurs personnels et sociaux. Il peut s'agir notamment de considérations familiales, de préférences en matière de mode de vie et du sentiment d'appartenance d'une personne à sa collectivité d'origine par rapport à la province ou à la région où elle a suivi sa formation.

Nous avons appris que la mobilité après l'obtention du diplôme, tant au sein d'une même province qu'entre provinces, dépend souvent des possibilités, de la connaissance d'un lieu et des relations personnelles. Les programmes de formation des professionnels de la santé ne sont pas répartis de manière égale sur l'ensemble du Canada, et de nombreux établissements sont concentrés dans les centres urbains. Cela explique pourquoi les étudiants déménagent souvent pour suivre une formation. Les stages cliniques jouent un rôle d'ancrage essentiel. Le fait d'être en contact avec les milieux de pratique, les réseaux professionnels et les parcours d'insertion professionnelle précoce locaux augmente les chances que les diplômés restent dans leur province ou la collectivité où ils ont suivi leur formation.

37 Wynendaale et coll., « Understanding Turnover in Healthcare and Welfare Sectors of High-Income Countries »; Castro Lopes et coll., « A Rapid Review of the Rate of Attrition from the Health Workforce »; Wuliji et coll., « Migration as a Form of Workforce Attrition ».

Les représentants d'établissements d'enseignement soulignent systématiquement que les étudiants qui suivent leur formation dans une ville donnée y trouvent souvent leur premier emploi, ce qui s'explique à la fois par la demande de personnel et par les relations nouées au cours de leurs stages cliniques.

On nous a dit que lorsque les diplômés déménagent après avoir terminé leurs études, leur décision est souvent motivée par le désir de rentrer à la maison pour servir leur collectivité. Dans certains cas, le retour est encadré par des accords de formation conclus au niveau provincial ou territorial, qui obligent les diplômés à exercer leur profession dans leur province ou territoire d'origine. Des facteurs personnels, tels que les perspectives d'emploi pour les conjoints, ont également été fréquemment cités comme des éléments déterminants dans le choix du lieu de vie après l'obtention du diplôme.

Au-delà des considérations personnelles, les entretiens et les groupes de discussion ont également fait ressortir un certain nombre de facteurs systémiques contribuant au roulement et à la mobilité des professionnels de la santé au sein des systèmes de santé canadiens.

- **Rémunération** : Autant les représentants d'organismes de réglementation que ceux d'établissements d'enseignement avec lesquels nous nous sommes entretenus ont souligné que les offres importantes, telles que des primes de signature ponctuelles substantielles, le soutien à la relocalisation et les écarts salariaux annuels entre les provinces, constituaient les principaux facteurs de mouvements entre provinces et territoires. Ce phénomène risque particulièrement de se produire dans les villes frontalières et entre provinces voisines. Par exemple, on a signalé des mouvements de technologues en radiation médicale entre l'Ontario et le Québec, alors que les technologues en première année de carrière en Ontario reçoivent un salaire de départ de 38,27 dollars de l'heure, contre 27,71 dollars de l'heure pour leurs homologues du Québec³⁸.
- **Champ d'activité** : La possibilité d'exercer pleinement sa profession, avec l'autonomie appropriée, est un facteur clé de la mobilité professionnelle. Les différences entre les régions en matière de champ d'activité influent sur le choix du lieu de travail des professionnels, qui privilégient souvent les milieux et les régions leur permettant de mettre pleinement à profit leur formation et leurs compétences. Cela est particulièrement évident dans le secteur pharmaceutique, où les fonctions se sont développées de manière inégale. Par exemple, les pharmaciens de l'Alberta peuvent prescrire et interpréter des analyses

de laboratoire, contrairement à ceux de l'Ontario. Les différences en matière d'autonomie et de définition des fonctions sont également à l'origine des déplacements entre différents environnements de soins, par exemple de l'hôpital vers les structures de soins de proximité.

- **Possibilités de développement professionnel et de mentorat** : Les représentants d'établissements d'enseignement avec lesquels nous nous sommes entretenus ont tous souligné que le mentorat et des parcours professionnels clairs constituaient des facteurs essentiels façonnant la mobilité du personnel. Les grands systèmes de santé offrent souvent des réseaux de pairs plus étendus, des possibilités de développement professionnel structurées, des possibilités de mobilité interne et des avantages sociaux complets, ce qui en fait des destinations attrayantes pour les professionnels de la santé en quête d'avancement. En revanche, les milieux plus petits ou les cabinets individuels peuvent offrir moins de possibilités de collaboration et de progression professionnelle, ce qui peut contribuer à inciter les professionnels à quitter ces petites structures ou ces collectivités. Pour les praticiens hautement spécialisés, l'acquisition de compétences avancées nécessite souvent de se déplacer au Canada ou à l'étranger, car l'accès à des formations spécialisées et le nombre de cas traités sont concentrés dans certains centres.
- **Possibilités d'emploi** : Les représentants d'établissements d'enseignement nous ont également indiqué que la disponibilité des emplois est un facteur déterminant dans la décision des diplômés de rester dans une région ou de la quitter. Par exemple, un représentant du Manitoba nous a expliqué que la forte demande, à l'échelle de la province, pour les diplômés de son programme avait favorisé une forte fidélisation au sein de la province. À l'inverse, un représentant de l'Île-du-Prince-Édouard a expliqué que la prévalence des postes à temps partiel dans la région incite les diplômés à accepter des offres d'emploi à temps plein dans d'autres provinces. La disponibilité de postes dont les horaires correspondent aux attentes des étudiants avant l'obtention de leur diplôme joue un rôle essentiel dans leurs décisions en matière de mobilité professionnelle en début de carrière.

38 Les données de 2025 de l'Analyse des échelles salariales des technologues en radiation médicale de l'ACTRM ont été utilisées.

- **Culture d'entreprise toxique conjuguée à des pressions chroniques liées à la charge de travail :**

Les représentants d'établissements d'enseignement et d'organismes de réglementation que nous avons interrogés ont souligné que les milieux de travail malsains, caractérisés notamment par le harcèlement, l'intimidation, un manque de reconnaissance et une sécurité psychologique insuffisante, s'ajoutent à un manque de personnel chronique, à une charge de travail croissante et à un soutien organisationnel insuffisant, ce qui entraîne des déplacements de personnel. Ces conditions contribuent à l'épuisement professionnel, à la détresse morale et à la désillusion, ce qui conduit certains cliniciens à quitter leur poste pour travailler dans d'autres régions ou d'autres secteurs ou exercer d'autres professions.

- **Les attentes d'une nouvelle génération :** Nous avons entendu que les attentes professionnelles des nouveaux cliniciens diffèrent de celles des générations précédentes et pourraient bien transformer l'effectif. Les responsables de système ont mentionné que la flexibilité dans le travail constituait une priorité majeure pour les nouveaux professionnels de la santé. Un représentant d'institution d'enseignement en pharmacie a fait remarquer que les jeunes diplômés de son programme avaient changé : ils recherchent désormais des postes de remplaçants bien rémunérés et de courte durée plutôt que des emplois à temps plein. Les représentants d'établissements d'enseignement ont indiqué que les diplômés accordent de plus en plus d'importance à la flexibilité en matière d'horaires de travail et de lieu de travail, et qu'ils privilégient les formules mixtes ou les postes à temps partiel plutôt que les postes à temps plein. L'absence de modèles flexibles sur le lieu de travail décourage les professionnels, en particulier les parents et les personnes qui reprennent le travail après une interruption de carrière.

Il faut reconnaître que certains aspects de ce phénomène sont bénéfiques pour les systèmes de santé canadiens. Par exemple, un professionnel de la santé qui a déménagé pour suivre une formation en ville puis qui est revenu s'installer dans sa collectivité rurale ou nordique constitue une ressource fort importante pour ces régions où il est difficile d'attirer des professionnels de la santé extérieurs à la collectivité. La mobilité du personnel permet également aux provinces dont la population est moins importante ou dont les capacités de formation sont plus limitées d'attirer et de retenir des professionnels de la santé.

Le Registre des médecins de l'Atlantique, qui permet aux médecins de se déplacer d'une province de l'Atlantique à l'autre et d'y exercer leur profession, en est un bon exemple³⁹.

Cependant, le recours à des mesures incitatives et à des primes pour attirer des professionnels de la santé issus d'un vivier limité et très sollicité se traduit souvent par une nouvelle répartition plutôt que par un gain net pour le système. Si ces approches peuvent s'avérer efficaces à court terme, elles ne s'attaquent pas aux causes profondes de ce phénomène mises en évidence par cette étude, notamment les différences en matière de champ d'activité, de conditions de travail, de perspectives de progression de carrière et de qualité de l'emploi. En conséquence, les mesures incitatives seules risquent de simplement déplacer les pressions sur le personnel d'une région à l'autre, sans pour autant améliorer la stabilité globale du système.

De manière plus générale, nos conclusions indiquent qu'aucune intervention isolée ne suffit à résoudre les problèmes de fidélisation. Pour stabiliser les effectifs, il faut une approche coordonnée qui concilie rémunération, conditions de travail, perspectives professionnelles et conception du système, afin de créer des milieux de travail dans lesquels les professionnels de la santé peuvent mener une carrière durable.

Les parcours des professionnels de la santé formés à l'étranger sont différents

Les personnes interrogées nous ont indiqué que les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) choisissent leur lieu d'installation et de résidence en fonction de deux facteurs essentiels : la rapidité et la facilité d'obtention de l'autorisation d'exercer, ainsi que les liens dans leur milieu.

L'autorisation d'exercer pour les médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes, technologues en radiation médicale, physiothérapeutes et ergothérapeutes relève de la compétence des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux. Cela signifie que les procédures d'autorisation varient d'une province ou d'un territoire à l'autre et peuvent présenter des différences en termes de coût, de durée et de complexité⁴⁰.

39 Le Conseil des premiers ministres de l'Atlantique, « Lancement du Registre des médecins de l'Atlantique ».

40 Le protocole d'entente de l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie (ACORE) constitue une exception. Il stipule que les ergothérapeutes titulaires d'un permis d'exercer dans une juridiction principale peuvent fournir des services à distance à des patients qui sont physiquement situés dans une juridiction secondaire sans être inscrits/titulaires d'un permis d'exercer dans la juridiction secondaire. Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie, « Protocole d'entente : Télépratique juridictionnelle en ergothérapie au Canada ».

Les représentants d'établissements d'enseignement et d'organismes de réglementation dans le domaine de la santé que nous avons interrogés ont souligné que les PSFE sont attirés par les provinces où la procédure d'autorisation d'exercer est la plus simple, ou celle qui offre les meilleurs résultats. Les programmes d'évaluation de la capacité d'exercer (ECE), disponibles dans plusieurs provinces, offrent aux médecins formés à l'étranger un parcours accéléré vers l'obtention de leur autorisation d'exercer; toutefois, les modèles de mise en œuvre varient considérablement. La Nouvelle-Écosse est souvent citée comme étant un exemple grâce à son modèle collaboratif d'évaluation de la capacité d'exercer et de formation clinique du Physician Assessment Centre for Excellence (PACE), qui rassemble les responsables provinciaux et territoriaux de la planification des effectifs de santé, la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, les organismes de réglementation et les employeurs afin de favoriser un parcours d'accès à la pratique plus simple et mieux coordonné⁴¹. Ces différences entre les provinces en matière de procédures d'autorisation d'exercer et de modèles de mise en œuvre ont une incidence sur le choix des PSFE quant au lieu où ils décident de s'installer et d'exercer, et peuvent contribuer à la répartition inégale de ces professionnels à l'échelle du Canada.

Selon les responsables d'établissements d'enseignement et d'organismes de réglementation, les milieux caractérisés par une population diversifiée et multiculturelle constituent également des pôles d'attraction déterminants pour les PSFE. Au-delà du lieu d'arrivée initial, ce sentiment d'appartenance a été cité comme l'une des raisons de la migration secondaire au sein du Canada chez les PSFE. Les PSFE s'installent ou déménagent souvent dans des milieux où la population est diversifiée, où ils peuvent retrouver des amis et des proches partageant les mêmes origines, et où ils ont accès à de la nourriture et à des institutions religieuses et culturelles internationales.

Des occasions manquées en matière de données sur la migration

Bien que les données dont dispose actuellement le Canada sur la migration du personnel soient limitées, il y a une occasion claire de recueillir et de mettre en relation des informations plus pertinentes et exploitables. Les organismes de réglementation indiquent ne disposer que d'un portrait limité, fondé sur des données, des facteurs à l'origine de la migration, car les informations ne sont pas recueillies de manière régulière ou systématique. Toutefois, lorsque les professionnels de la santé changent de province ou quittent le pays, ils demandent généralement des relevés de notes à leurs établissements d'enseignement ou des transferts de dossiers auprès des organismes de réglementation. Si ces procédures administratives permettent de recenser la destination, elles ne permettent pas d'identifier les motifs de la migration. L'intégration d'une question standardisée sur les raisons du départ dans ces processus permettrait d'obtenir des informations précieuses et favoriserait la mise en place de stratégies de fidélisation mieux ciblées.

En même temps, les motifs de migration déclarés sont sujets à un biais de rappel et peuvent ne pas refléter pleinement les facteurs sous-jacents de la mobilité. En associant ces informations aux données administratives disponibles sur les mouvements de personnel, telles que les transferts de permis et les résultats en matière d'emploi, on obtiendrait un portrait plus complet et plus fiable des schémas migratoires et de leurs causes sous-jacentes.

41 Physician Assessment Centre of Excellence (PACE), « Physicians PACE Assessment Program »; Nova Scotia Health, « Nova Scotia Practice Ready Assessment Program Offers an Important Pathway for Recruitment of Family Doctors in Rural Nova Scotia ».

De qui relève la fidélisation?

« Ce n'est pas notre mission... Notre mission... est axée sur la [sécurité] publique ».

-Organisme provincial de réglementation des dentistes

Les représentants d'organismes de réglementation ont indiqué que la compréhension, le suivi et la gestion de la fidélisation ne relèvent pas de leur mandat, tel qu'il est défini dans la législation provinciale. Bien qu'ils reconnaissent leur rôle dans la conversation, ils ont indiqué ne pas disposer des pouvoirs législatifs nécessaires pour recueillir, analyser ou communiquer des données sur la fidélisation, et plusieurs ont indiqué que la responsabilité de la gestion des politiques, du financement et des interventions relève de leur gouvernement provincial. Toutefois, nous n'avons pas interrogé de représentants des gouvernements provinciaux, car l'étude portait sur les organismes de réglementation, les instances dirigeantes et les organisations d'enseignement à titre d'acteurs clés dans la définition des parcours professionnels et la supervision professionnelle, et n'incluait pas les décideurs en matière de politiques dans son échantillon. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de déterminer comment la responsabilité en matière de fidélisation est attribuée ou mise en œuvre au niveau provincial à l'heure actuelle.

L'interprétation du mandat de protection du public variait également d'un organisme de réglementation à l'autre, même au sein d'une même profession. Par exemple, un organisme du Québec a interprété ce mandat comme incluant des mesures visant à remédier aux problèmes d'offre et de fidélisation du personnel afin de garantir un accès sûr et rapide aux soins. D'autres organismes de réglementation ont défini leur mandat de manière plus restrictive, en se concentrant sur les compétences individuelles des professionnels et le contrôle disciplinaire, sans étendre leur responsabilité aux questions relevant du système dans son ensemble, telles que la disponibilité des effectifs ou l'accès aux services. Ces interprétations divergentes contribuent à créer un contexte dans lequel les responsabilités sont floues et mal définies entre les différents acteurs. Si la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé relève principalement de la compétence des provinces, la gestion de la fidélisation et des mouvements de personnel à l'échelle du système nécessite une coordination entre les différentes régions et les différents acteurs.

« ...suivre le parcours des jeunes diplômés, ça ne nous regarde vraiment pas... Techniquement, on ne peut même pas savoir qui a réussi l'[examen d'autorisation en soins infirmiers], car l'organisme provincial de réglementation n'est pas tenu de nous communiquer cette information ».

-Représentant d'établissement d'enseignement en soins infirmiers

Les représentants d'établissements d'enseignement avec lesquels nous nous sommes entretenus ont également affirmé qu'ils ne sont pas responsables de la fidélisation des professionnels de la santé après l'obtention de leur diplôme. Ils s'attachent à conserver les partenariats entre les étudiants, le corps enseignant et les partenaires proposant des stages cliniques, mais leur mission de formation prend fin une fois le diplôme obtenu. Ils reconnaissent l'intérêt de mieux comprendre les mécanismes de fidélisation, car ils constatent les répercussions du roulement du personnel de la santé sur l'offre de personnel d'enseignement, la capacité de stages et la mission de service communautaire des établissements, autant d'éléments essentiels à la formation de la prochaine génération de professionnels de la santé. Mais les organismes de formation sont des partenaires, et non des acteurs principaux, dans les efforts visant à fidéliser les effectifs. Les représentants d'établissements d'enseignement nous ont indiqué que la question de la fidélisation du personnel relevait davantage des organismes de réglementation et des employeurs provinciaux et territoriaux. Les organismes de réglementation ont mis en place des procédures obligatoires de tenue des registres, tandis que ce sont les employeurs qui constatent la fidélisation du personnel ainsi que des entrées et des départs au sein de leur organisation.

Parmi les parties prenantes, il n'existait pas de compréhension cohérente ni commune quant à la responsabilité du suivi et de la gestion de la fidélisation du personnel. Cette fragmentation du rôle et des responsabilités perçus limite la capacité à recueillir et à exploiter efficacement des données relatives à la fidélisation du personnel, ce qui contribue à créer des lacunes dans la planification des effectifs au sein des systèmes de santé canadiens.

Si les différents acteurs du système de santé, notamment les pouvoirs publics, les employeurs, les établissements d'enseignement et les organismes de réglementation, jouent tous un rôle dans la fidélisation du personnel, aucun organisme n'a actuellement le mandat de diriger la collecte et la coordination des données relatives à la fidélisation. En tant que gestionnaires actuels des données relatives aux autorisations d'exercice, les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux sont bien placés pour jouer un rôle de premier plan dans le renforcement du suivi de la rétention. Toutefois, pour qu'ils puissent y parvenir, il faudrait surmonter certains obstacles majeurs, notamment en améliorant la coordination entre les partenaires du système et en faisant progresser la normalisation des méthodes de collecte et de partage des données relatives à la fidélisation, afin de permettre un suivi à l'échelle du système, en phase avec les nouvelles stratégies pancanadiennes en matière de données⁴².

Les organismes de réglementation sont les mieux placés pour recueillir et diffuser les données relatives à la fidélisation

Les organismes de réglementation ont pour mission de protéger le public. Le suivi de la fidélisation du personnel dans le but de soutenir la santé globale du système de santé peut raisonnablement être considéré comme faisant partie de ce mandat. L'adoption d'une approche plus coordonnée à l'échelle du Canada, similaire à celle mise en place au Québec, permettrait aux organismes de réglementation d'améliorer la cohérence de la collecte de données. Conformément aux initiatives pancanadiennes émergentes, cela pourrait favoriser l'adoption de normes communes en matière de données et améliorer la capacité à dresser un tableau national de la fidélisation du personnel⁴³.

Les organismes de réglementation disposent déjà d'une grande partie des informations nécessaires pour suivre la fidélisation. Dans le cadre des procédures annuelles de renouvellement des autorisations d'exercice, les organismes de réglementation suivent les entrées et les sorties annuelles des professionnels de la santé, ce qui leur permet d'établir des chiffres globaux et des répartitions par tranche d'âge afin d'éclairer la planification du système.

Les représentants d'organismes de réglementation ont également indiqué être en mesure de déterminer si les professionnels de la santé avaient suivi une formation dans d'autres provinces ou à l'étranger. Ces données relatives aux autorisations d'exercice sont essentielles pour calculer les taux de roulement et de postes vacants, ainsi que pour éclairer des stratégies de fidélisation du personnel.

Cependant, ces données ne font pas l'objet d'une collecte ni d'une analyse cohérentes d'une province à l'autre ou selon les différentes professions au sein du secteur de la santé, et l'absence d'un identifiant unique pancanadien pour les professionnels de la santé limite encore davantage la capacité à suivre les personnes d'une région à l'autre. Ensemble, ces lacunes conduisent à une compréhension fragmentée de la mobilité du personnel et entravent les efforts visant à garantir un accès équitable aux soins de santé partout au Canada.

De nombreux représentants d'organismes de réglementation ont indiqué avoir participé à la collecte de données sur les ressources humaines dans le secteur de la santé menée par l'Institut canadien d'information sur la santé, une initiative largement considérée comme étant une étape importante vers l'amélioration du suivi et de la communication des données nationales relatives aux effectifs⁴⁴. Toutefois, ils ont fait remarquer que, dans la pratique, les divulgations se limitent souvent à un sous-ensemble de champs de données normalisés communs à toutes les régions. Bien que la norme de l'ICIS soit conçue pour permettre une collecte de données plus détaillée et plus fine, sa mise en œuvre varie d'un organisme à l'autre. Des facteurs tels que les limites du système, les contraintes imposées par les fournisseurs et les considérations liées aux ressources peuvent influencer sur le degré d'adoption de la norme dans son intégralité. Par conséquent, les rapports nationaux reflètent souvent des indicateurs généraux et peuvent ne pas rendre compte des informations plus détaillées, propres à chaque profession ou à chaque région, nécessaires à une planification ciblée de la fidélisation du personnel. Malgré ces difficultés, les travaux de l'ICIS constituent à ce jour l'effort le plus important visant à normaliser les données relatives au personnel de la santé à l'échelle nationale.

42 Effectif de la santé Canada, « Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé ».

43 Effectif de la santé Canada, « Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé ».

44 Institut canadien d'information sur la santé. « État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2024 ».

Le renforcement de l'infrastructure pancanadienne de données pourrait s'appuyer sur ces bases. Par exemple, l'utilisation d'identifiants uniques pour les professionnels de la santé pourrait permettre un suivi plus systématique des mouvements de personnel entre les différentes régions. Les initiatives existantes, telles que le Numéro d'identification médicale pour le Canada (NIMC) destiné aux médecins, ainsi que les projets émergents, comme un registre national des infirmiers et infirmières (par exemple, Nursys), démontrent leur potentiel à favoriser une planification des effectifs plus coordonnée et plus précise.

Cependant, pour y parvenir, ils ont besoin d'un mandat et de soutien en matière de capacités

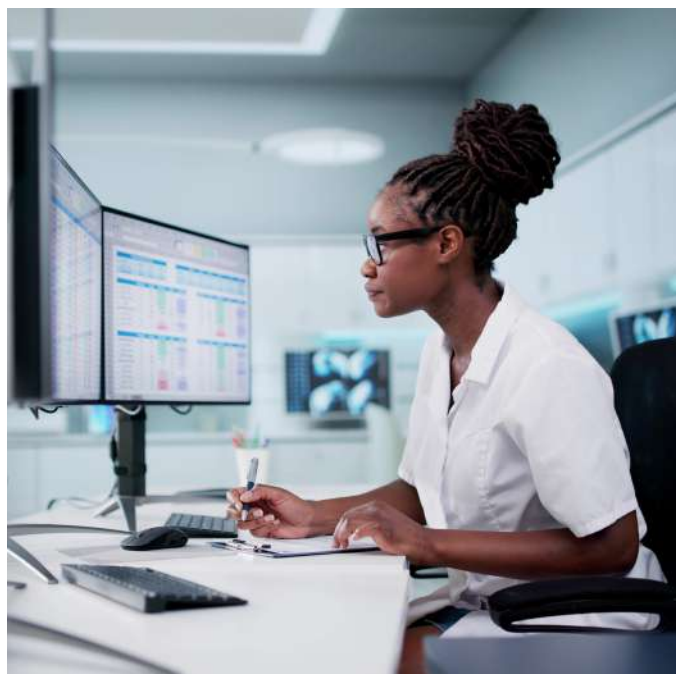
Bien que nous reconnaissons que les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux sont bien placés pour assumer cette responsabilité, un certain nombre d'obstacles doivent être levés pour qu'ils y parviennent.

Clarification du mandat : Il convient d'intégrer officiellement la collecte de données sur la fidélisation dans les mandats des organismes de réglementation. Dans cette étude, les données relatives à la fidélisation désignent les informations permettant de suivre les entrées, les départs et les mouvements du personnel au fil du temps, telles que le statut de l'autorisation d'exercer, l'historique des inscriptions, le lieu d'exercice et les caractéristiques de l'emploi. Bon nombre de ces éléments de données sont déjà pris en compte dans les normes existantes, telles que le fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé⁴⁵. Cependant, les responsables d'organismes de réglementation ont fait remarquer qu'en l'absence d'une autorisation législative claire, la collecte et l'utilisation de ces données aux fins d'analyse à l'échelle du système pourraient être considérées comme étant une utilisation inappropriée des fonds publics.

Ils ont également insisté sur la nécessité de respecter des exigences strictes en matière de protection de la vie privée. De plus, l'absence d'un identifiant unique à l'échelle du Canada limite la capacité à suivre les personnes d'une région à l'autre au fil du temps, ce qui entrave l'utilisation efficace des données sur la fidélisation.

Remédier aux contraintes en matière de ressources et de personnel : Pour exécuter ce mandat, les organismes de réglementation devraient faire appel à des spécialistes de la recherche et de la science des données afin qu'ils mettent à jour les systèmes, puis analysent et présentent de manière pertinente les données recueillies, ce qui dépasse largement le cadre des budgets actuels.

Problèmes liés à l'élaboration de normes entre les différentes régions : Les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux doivent surmonter les disparités régionales qui nuisent à la collecte de données nationales. Le protocole d'entente sur les modalités de service à distance entre différentes juridictions de l'Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie illustre bien cette collaboration interjuridictionnelle⁴⁶.



45 Institut canadien d'information sur la santé. « Trousse d'outils pour la mise en œuvre du fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé (IMS) ».

46 Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie, « Protocole d'entente : Télépratique juridictionnelle en ergothérapie au Canada ».

Mettre en place des changements pour fidéliser le personnel de la santé

La fidélisation du personnel de la santé dépend d'un ensemble complexe de facteurs interdépendants, notamment la rémunération, les conditions de travail, les perspectives de carrière, la conception du système et les limites en matière de données. Aucune mesure prise isolément n'est suffisante; pour être efficaces, les stratégies doivent concilier ces priorités et être coordonnées entre les différents acteurs et les différentes régions.

Cette analyse s'inscrit dans le cadre des efforts nationaux en cours visant à renforcer les effectifs de la santé au Canada, notamment les travaux menés par Excellence en santé Canada sur la stabilité de l'effectif en santé et la création d'Effectif en santé Canada pour améliorer les données et la planification relatives à l'effectif en santé. Pour ce faire, Excellence en santé Canada quantifie les conséquences financières des mouvements de personnel pour un sous-ensemble de professionnels de la santé et identifie les lacunes en matière de responsabilité qui entravent la prise de mesures⁴⁷. Dans leur ensemble, ces conclusions mettent en évidence un ensemble de mesures concrètes, adaptées à chaque profession, qui peuvent être mises en œuvre au sein du système de santé décentralisé du Canada.



Responsables de politiques

- **Définir clairement les responsabilités provinciales et territoriales en matière de stratégie et de résultats en matière de fidélisation :** Les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent confier formellement la responsabilité d'une stratégie de fidélisation du personnel de la santé et du suivi de son rendement à une instance bien définie au sein du portefeuille de la santé (par exemple, les services chargés de la planification des effectifs de la santé au sein des ministères ou des régions de la santé). Ces entités pourraient collaborer avec les organismes de réglementation, les gestionnaires de données tels que l'Institut canadien d'information sur la santé, ainsi qu'avec d'autres partenaires du système afin de regrouper et d'analyser les données relatives à l'effectif, de fixer des objectifs mesurables en matière de fidélisation et de rendre compte publiquement des progrès accomplis. Le renforcement de la coordination entre ces différents acteurs permettrait de créer un portrait plus cohérent et pancanadien de la fidélisation du personnel.
- **Structurer la coordination entre les institutions existantes chargées de la gestion des effectifs :** Un mécanisme de coordination mis en place au niveau provincial ou territorial pourrait rassembler les régions régionales de la santé, les organismes de réglementation et les organisations à l'échelle du système afin d'intégrer les données relatives aux effectifs, d'harmoniser les hypothèses de planification et de réduire le cloisonnement dans la prise de décisions. Bien que certains éléments de cette approche soient déjà présents au sein d'organismes tels que Santé Ontario, l'ICIS et des organismes nationaux émergents comme Effectif en santé Canada, il n'existe aucun mécanisme unique permettant d'intégrer de manière cohérente les données relatives à l'emploi, aux autorisations d'exercer et à l'activité professionnelle afin d'étayer la planification en matière de fidélisation du personnel⁴⁸. Un renforcement de la coordination entre ces différents éléments permettrait d'améliorer l'information sur la dynamique des effectifs sans faire double emploi avec les mandats actuels.

47 Excellence en santé Canada, « Six stratégies pour renforcer les effectifs ».

48 Effectif de la santé Canada, « Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé »; Santé Ontario, « Données ouvertes »; Institut canadien d'information sur la santé, « Normes de données ».

- **Renouveler les investissements et moderniser les structures de financement :** Les pénuries persistantes de main-d'œuvre compliquent la fidélisation du personnel au sein des systèmes de santé. Les parties prenantes soulignent que le financement devrait viser en priorité à combler les pénuries de personnel et les écarts salariaux, à pourvoir les postes vacants et à améliorer les conditions de travail, en particulier dans le milieu hospitalier. La modernisation des structures de financement implique également de réexaminer la manière dont les ressources existantes sont affectées, notamment en évaluant l'efficacité des programmes de soutien actuels pour les PSFE.
- **Intégrer les coûts liés au roulement du personnel dans les décisions de planification et de financement :** Les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent intégrer les coûts liés au roulement du personnel et les pertes d'investissements publics dans leurs modèles de planification des effectifs afin de mieux évaluer l'impact budgétaire de la mobilité et de prioriser les investissements axés sur la fidélisation du personnel. Cela pourrait notamment consister à intégrer des hypothèses relatives aux coûts liés au roulement du personnel dans les modèles de prévision des effectifs, à recouper des données administratives (par exemple, celles concernant les autorisations d'exercice, l'emploi et la formation) afin d'estimer les coûts liés à la mobilité au fil du temps, et à utiliser ces estimations pour orienter l'affectation des ressources, élaborer des analyses de rentabilité et évaluer les initiatives de fidélisation
- **Se pencher sur les conditions de travail à l'origine d'un roulement de personnel évitable :** S'attaquer à des problèmes tels que l'intimidation et le harcèlement en adoptant des mesures claires et en instaurant une culture de la responsabilité, et donner la priorité au bien-être mental et à des charges de travail raisonnables afin de réduire l'épuisement professionnel. La mise en place de mécanismes structurés, tels que des entretiens de départ ou des enquêtes de départ, peut aider les employeurs à mieux comprendre les facteurs à l'origine du roulement du personnel et à identifier les points à améliorer. L'écoute active, la réponse aux préoccupations et la reconnaissance de l'apport de tous les membres de l'équipe soignante de la part des gestionnaires favorisent des milieux de travail où les personnes se sentent valorisées et plus enclines à rester.
- **Renforcer les mesures d'intégration au milieu et de fidélisation destinées aux professionnels de la santé formés à l'étranger :** Les employeurs et les collectivités peuvent développer des mesures de soutien ciblées, notamment le mentorat, les réseaux de pairs et les services adaptés à la culture, afin d'améliorer la fidélisation à long terme des professionnels formés à l'étranger au-delà de leur recrutement initial.

Organismes de réglementation provinciaux et territoriaux

Employeurs

- **Structurer et développer les mesures de soutien destinées aux professionnels de la santé formés à l'étranger en début de carrière et en phase de transition :** Les employeurs du secteur de la santé peuvent intégrer ou développer des programmes structurés de mentorat et d'accompagnement à la transition destinés aux jeunes diplômés et aux PSFE au cours de leur première année d'exercice, à l'instar du Programme de mentorat des IFE de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et de l'initiative « Préparation à la pratique » de l'Ontario. Pour soutenir ces programmes, les employeurs pourraient prévoir du temps réservé au mentorat dans leurs modèles de gestion des effectifs. Toutefois, compte tenu des pénuries de personnel actuelles, cela nécessitera probablement du financement ciblé, un soutien pour assurer la relève ou des mécanismes de compensation afin de garantir que les cliniciens expérimentés puissent assumer des fonctions de mentorat sans aggraver les pressions en matière de personnel.
- **Améliorer et harmoniser la collecte de données sur les mouvements de personnel :** Les gouvernements provinciaux et territoriaux, en collaboration avec les organismes de réglementation, l'ICIS et d'autres partenaires du système, peuvent favoriser une collecte plus systématique des données sur les mouvements de personnel. Cela implique notamment d'harmoniser les champs de données relatifs au transfert, au renouvellement et à l'annulation des autorisations d'exercice, tels que la destination, le lieu de formation d'origine et les motifs du changement, grâce à des normes de données pancanadiennes et à des efforts de coordination. Le renforcement de la mise en œuvre de ces normes et de leur adoption permettrait d'assurer un suivi plus systématique et global des tendances en matière de mobilité et d'améliorer la base de données factuelles servant à la planification des effectifs à l'échelle de régions.

- **Identifier les divergences en matière de champ d'activité qui contribuent à la mobilité :** Les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux peuvent collaborer afin d'examiner les différences significatives en matière de champ d'activité susceptibles d'influer sur la mobilité entre provinces et territoires. Lorsqu'il apparaît que ces divergences sont à l'origine d'une instabilité de l'effectif, les organismes de réglementation peuvent fournir des orientations officielles aux gouvernements concernant une harmonisation et une modernisation potentielles.
- **Améliorer la cohérence des parcours de reconnaissance des titres de compétences entre les régions :** Les différences entre les provinces en matière de procédures d'autorisation, de délais et de résultats créent des pertes d'efficacité et peuvent entraîner une migration subséquente des professionnels de la santé formés à l'étranger au sein du Canada. Même si une harmonisation complète des exigences réglementaires demeure peu probable à court terme, les gouvernements provinciaux et territoriaux, en collaboration avec les organismes de réglementation, peuvent prendre des mesures progressives pour améliorer la cohérence. Il s'agit notamment d'améliorer la transparence des critères et des délais d'octroi des autorisations d'exercice, de généraliser l'utilisation d'outils d'évaluation communs et de modèles d'évaluation de la capacité d'exercer, ainsi que de tirer parti des instances pancanadiennes (par exemple, les forums fédéraux, provinciaux et territoriaux) pour partager les meilleures pratiques et identifier les possibilités d'harmonisation.

À long terme, le gouvernement fédéral peut soutenir ces efforts par le biais de financement ciblé et de mesures incitatives liées à l'amélioration des processus de reconnaissance des titres de compétences.

Établissements d'enseignement

- **Recourir à des stages pour favoriser la stabilité de la main-d'œuvre régionale :** Les établissements d'enseignement peuvent développer des programmes tels que la subvention ontarienne Apprendre et rester pour les étudiants en médecine qui s'engagent à exercer dans la région où ils ont étudié, afin de renforcer le lien entre le lieu de formation et l'emploi en début de carrière, particulièrement en dehors des grands centres urbains⁴⁹. Le renforcement de ce lien peut augmenter les probabilités que les diplômés restent dans les régions où ils ont étudié, ce qui favorise leur fidélisation à long terme et réduit la migration de sortie en début de carrière. En même temps, dans le cadre de la planification des effectifs, on peut tenir compte du fait que tous les stagiaires ne resteront pas nécessairement dans la région où ils ont étudié et que la mobilité interprovinciale et interterritoriale joue un rôle essentiel pour répondre aux besoins de l'ensemble du système. Ainsi, les stratégies de placement et de formation doivent être conçues de manière à favoriser une répartition équilibrée et coordonnée des professionnels de la santé entre les différentes régions.

49 News.Ontario.Ca, « La province élargit la subvention Apprendre et rester afin de former davantage de médecins de famille en Ontario ».



Annexe A

Méthodologie

La présente annexe présente la méthodologie détaillée à l'appui de la modélisation quantitative des coûts et des conclusions qualitatives présentées dans le rapport.

À propos de la recherche

Cette étude, fondée sur une approche par méthodes mixtes, visait à répondre aux questions de recherche suivantes :

- Quel est le coût total lié au roulement et à la migration de sortie des médecins, infirmiers, pharmaciens, technologues en radiation médicale et en imagerie médicale, ergothérapeutes, physiothérapeutes et dentistes canadiens?
- Comment les organismes de réglementation du secteur de la santé et les institutions d'enseignement assurent-ils le suivi des départs du système de santé de la part des médecins, infirmiers, pharmaciens, technologues en radiation médicale et en imagerie médicale, ergothérapeutes, physiothérapeutes et dentistes canadiens et quelles mesures prennent-ils à cet égard?

Nous avons cherché à répondre à ces questions au moyen d'une analyse quantitative coûts/conséquences, ainsi qu'au moyen d'entretiens et de groupes de discussion avec des responsables d'institutions d'enseignement du secteur de la santé, d'organismes de réglementation provinciaux et territoriaux et d'instances dirigeantes nationales.

Un comité consultatif de recherche, composé d'experts dans divers domaines du secteur de la santé, a apporté son expertise tout au long de l'étude. Le comité a aidé à affiner les questions de recherche, à concevoir la méthodologie et à interpréter les résultats et a examiné les conclusions finales.

Les données quantitatives et qualitatives ont été analysées à l'aide d'une approche de méthodes mixtes complémentaires qui ont été intégrées lors de l'interprétation. Les estimations quantitatives des coûts ont permis d'avoir un portrait global, à l'échelle du système, de l'ampleur des mouvements de personnel, tandis que les résultats qualitatifs issus des entretiens et des groupes de discussion ont servi à replacer ces tendances dans leur contexte et à expliquer les facteurs sous-jacents, les lacunes dans les données et les fonctions des organisations.

Méthodes détaillées

Revue de la littérature

Une revue de la littérature a été menée afin de mettre en contexte la migration et la fidélisation du personnel au sein du système de santé canadien, et d'étayer à la fois la modélisation quantitative des coûts et l'étude qualitative. Plus précisément, cette revue visait à recenser les données probantes existantes concernant les taux de roulement du personnel, les schémas de migration, les facteurs de mobilité de la main-d'œuvre, les méthodes d'estimation des coûts, les variations dans le champ d'activité et les mesures de fidélisation mises en œuvre dans les professions de la santé réglementées.

Cadre analytique

La revue de la littérature avait pour objectif de cerner les lacunes de la recherche, d'examiner la situation actuelle en matière de migration de sortie des professionnels de la santé et de leurs déplacements entre provinces et territoires, et d'étayer l'élaboration du modèle quantitatif et des outils de recherche qualitatifs.

Les questions suivantes ont servi de base à la revue de la littérature :

- Quels sont les investissements fédéraux et provinciaux/ territoriaux consacrés à la formation des professionnels de la santé dans les sept professions étudiées?
- Quelles sont les sources de données permettant de suivre la migration de sortie et les mouvements entre provinces et territoires des professionnels de la santé?
- Comment ces sources de données sont-elles utilisées pour suivre les mouvements du personnel, et par quelles organisations le sont-elles?
- Quelles sont les informations publiques mises à disposition par les établissements d'enseignement et les organismes de réglementation concernant la fidélisation et la migration de sortie?

Chaque source a été évaluée en fonction de sa pertinence relativement à la mobilité de la main-d'œuvre, de la transparence des données, de la rigueur méthodologique, de son applicabilité au système de santé public canadien et de sa contribution à l'identification des lacunes dans les données probantes.

Critères d'inclusion et d'exclusion des sources

Les sources qui ont été retenues (1) portaient sur les professions de la santé réglementées en rapport avec les sept professions étudiées, (2) traitaient de la mobilité, de la migration, de la fidélisation, du roulement du personnel ou de la modélisation des coûts, et (3) étaient applicables au contexte canadien ou à des systèmes de santé publics comparables. Les sources récentes et les sources fondamentales ont été prises en compte dans la mesure où elles contribuaient à la compréhension des sources de données ou des approches méthodologiques. Les sources qui ont été exclues (1) portaient exclusivement sur des professions non réglementées, (2) n'étaient pas pertinentes au regard des mouvements ou de la fidélisation du personnel, (3) ne présentaient pas suffisamment de détails méthodologiques ou de transparence, ou (4) n'étaient pas disponibles en anglais ou en français.

Sources

Cette revue a porté à la fois sur la documentation universitaire que sur la littérature grise. Les sources universitaires comprenaient des articles évalués par des pairs et des documents de recherche portant sur la mobilité du personnel, le roulement du personnel, la fidélisation et la modélisation des coûts. La littérature grise comprenait des rapports gouvernementaux, des exposés de politique, des publications réglementaires, des rapports d'associations professionnelles et des documents contenant des données sur l'effectif accessibles au public.

Les sources ont été identifiées grâce à des recherches structurées dans des bases de données (notamment PubMed, Scopus et Google Scholar), des recherches ciblées sur les sites Web des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des organismes de réglementation, des organismes nationaux de la santé et des associations professionnelles, ainsi qu'à l'examen des listes de références des publications pertinentes.

La revue a porté sur 60 sources, conformément au champ d'application défini dans la proposition de projet.

Rôle de la revue de la littérature dans la conception de la recherche

La revue de la littérature a rempli quatre fonctions :

- Présenter les sources de données existantes et les méthodes utilisées pour suivre les ressources humaines et les mouvements de personnel dans le secteur de la santé.
- Identifier les lacunes dans la divulgation des informations au niveau national et dans la normalisation des données relatives à la migration et à la fidélisation.
- Éclairer la structure et les variables du modèle quantitatif coûts/conséquences.
- Orienter l'élaboration des outils qualitatifs destinés aux entretiens et aux groupes de discussion.

La revue a permis de jeter les bases conceptuelles et méthodologiques nécessaires à l'analyse quantitative et à l'enquête qualitative qui ont suivi.

Calculs des coûts

Les coûts liés au roulement du personnel ont été estimés à l'aide d'une approche de modélisation par composantes qui a permis de prendre en compte les dépenses directes engagées par les employeurs pour remplacer un professionnel de la santé qui quitte son poste. Les données relatives aux coûts ont été tirées, dans la mesure du possible, de la documentation canadienne disponible et complétées par des estimations américaines lorsque les données canadiennes faisaient défaut. Les catégories de coûts directs étaient le recrutement et la publicité, les dépenses liées aux postes vacants telles que les heures supplémentaires et le recours à du personnel temporaire, l'embauche et l'intégration, l'accueil et la formation, ainsi que les processus de départ et de transition. Lorsque des estimations internationales ont été utilisées, les montants en dollars américains ont été convertis en dollars canadiens au taux de change de janvier 2026, soit 1,38. L'utilisation de données américaines s'est limitée aux éléments de coût les plus comparables aux dépenses engagées par les employeurs canadiens; les hypothèses et restrictions supplémentaires sont décrites ci-dessous. Lorsqu'aucune ventilation détaillée des coûts n'était disponible, on a ajusté les estimations afin de refléter le contexte du système de santé public canadien, compte tenu du fait que les estimations américaines peuvent comprendre des éléments liés aux revenus qui ne s'appliquent pas au système de santé public canadien.

Les estimations des investissements provinciaux et territoriaux ont été calculées à partir de données provenant des gouvernements provinciaux et territoriaux, de l'Association des facultés de médecine du Canada et du plus récent rapport national sur le coût de la formation des professionnels de la santé. Les montants du financement correspondent aux subventions de fonctionnement accordées aux établissements selon des formules de financement provinciales et territoriales établies, notamment le financement par étudiant lié aux inscriptions et aux coûts d'enseignement. Ces estimations ne tiennent pas compte des frais de scolarité payés par les étudiants ni des subventions supplémentaires perçues par les établissements ou les étudiants. Lorsque les moyennes nationales récentes n'étaient pas disponibles, les chiffres les plus récents ont été ajustés à l'année en cours en tenant compte de l'inflation, puis comparés aux données provinciales et territoriales disponibles afin d'assurer la cohérence des résultats.

Hypothèses de modélisation

Taux de conversion des coûts : Les estimations des coûts liés au roulement à l'échelle internationale ont été établies exclusivement à partir de données américaines, en raison du manque de chiffres comparables provenant d'autres pays. Les montants indiqués en dollars américains ont été convertis en dollars canadiens en utilisant le taux de change de janvier 2026, soit 1,38.

Contribution des provinces et territoires à l'éducation : Les données proviennent du ministère de l'Enseignement supérieur de la Nouvelle-Écosse, de l'Association des facultés de médecine du Canada et du plus récent rapport national de Santé Canada intitulé « Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé ¹. Lorsqu'aucune moyenne nationale actuelle des contributions par profession n'était disponible, l'estimation nationale la plus récente a été ajustée à l'année en cours en tenant compte de l'inflation et, dans la mesure du possible, validée par rapport aux données provinciales ou territoriales disponibles.

Estimations des coûts liés à la migration de sortie :

Des estimations des coûts liés à la migration de sortie ont été établies aux fins de calcul des répercussions financières liées au départ des professionnels de la santé du Canada. Ces estimations tenaient compte des coûts directs liés au roulement du personnel engagés par les employeurs et des pertes d'investissements publics liées à l'éducation et à la formation, avec une attention particulière aux dépenses fédérales liées à l'établissement des professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE).

Portée de la migration de sortie :

La migration de sortie a été définie comme le départ définitif ou à long terme de professionnels de la santé de la population active canadienne, tel qu'indiqué par l'annulation de leur autorisation d'exercer accompagnée d'une intention déclarée d'exercer à l'étranger ou par les données administratives disponibles. Les arrangements de travail internationaux temporaires ou de courte durée (par exemple, les déplacements domicile-travail transfrontaliers) n'ont pas été systématiquement pris en compte en raison de données insuffisantes.

1 Santé Canada, « Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé ».

Application des coûts liés au roulement du personnel :

On a supposé que tous les départs entraînaient des coûts de remplacement intégral au niveau de l'organisation. Ainsi, les coûts liés au roulement de personnel dû à la migration de sortie ont été calculés à l'aide des mêmes fourchettes de coûts propres à chaque profession que celles utilisées dans le modèle de roulement. Ces coûts comprenaient le recrutement, l'intégration, la gestion des postes vacants, la formation et les frais administratifs connexes pris en charge par les employeurs.

Investissements provinciaux et territoriaux dans l'éducation :

Dans le cas des professionnels de la santé formés au Canada, la migration de sortie entraîne une perte d'investissements publics dans l'éducation et la formation. Ces coûts ont été estimés à partir des contributions financières provinciales et territoriales par personne et par profession, calculées à partir des rapports gouvernementaux disponibles, des estimations nationales et des chiffres historiques corrigés de l'inflation.

- Les pertes liées aux investissements dans l'éducation ne s'appliquaient qu'aux professionnels formés au Canada qui avaient quitté le pays.
- Les estimations tenaient compte des contributions financières des établissements et ne comprenaient pas les frais d'enseignement privé ni les coûts d'études indirects.

Professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) :

Pour ces professionnels, on a estimé différemment l'investissement public afin de refléter les dépenses fédérales liées à l'établissement plutôt que le financement direct de la formation.

- Une estimation par habitant des coûts fédéraux liés aux services d'aide à l'installation a été appliquée à la migration de sortie des PSFE, à partir du total des dépenses de programme divisé par le nombre d'utilisateurs sur une période donnée.
- Ces estimations ne tenaient pas compte des investissements plus généraux menés à l'échelle du système, tels que les programmes de reconnaissance des titres de compétences ou les initiatives d'intégration ciblées, qui ne pouvaient pas être attribués au niveau individuel.

Hypothèses relatives à la composition de l'effectif :

Lorsque l'origine de la formation (formation au Canada ou à l'étranger) n'était pas directement observable dans les données, les proportions ont été estimées à partir des statistiques nationales disponibles sur l'effectif. Ces proportions ont été appliquées aux flux de migration de sortie afin de répartir les coûts entre les professionnels au Canada et les PSFE.

Limites concernant les flux migratoires :

Les données nationales fiables sur la migration de sortie sont limitées et concernent principalement les médecins. Pour les autres professions, on a appuyé la modélisation sur des données provinciales partielles, des indicateurs de substitution ou des extrapolations à partir des statistiques disponibles sur l'effectif. Par conséquent :

- Les chiffres relatifs à la migration de sortie pourraient être sous-estimés en raison d'une divulgation incomplète ou de départs non recensés.
- Les données relatives aux annulations de permis pourraient ne pas refléter tous les départs au sein du personnel ou ne pas permettre de distinguer les différents types de départ (par exemple, départ à la retraite ou migration).

Méthode d'imputation des coûts :

Tous les coûts liés à la migration de sortie ont été imputés au point de sortie et considérés comme étant des pertes immédiates pour le système. Le modèle ne tient pas compte de compensations potentielles à long terme, telles que la migration de retour, les transferts de fonds liés aux compétences ou la réintégration future sur le marché du travail canadien.

Exclusions :

Le modèle ne quantifie pas les répercussions macroéconomiques plus larges ni les effets au niveau du système liés à la migration de sortie, notamment les effets sur l'accès aux services, la productivité ou les résultats cliniques des patients en aval. Ainsi, ces estimations doivent être considérées comme étant des évaluations prudentes de l'impact financier direct.

Limites du modèle**Contraintes liées à la disponibilité et à la comparabilité des données :**

Il n'existe pas de cadre national normalisé permettant de suivre les taux de roulement, les flux migratoires ou les coûts associés dans l'ensemble des professions et des régions. Par conséquent, les estimations s'appuient sur des données provinciales et territoriales incomplètes et, dans certains cas, sur des chiffres relatifs aux coûts aux États-Unis. Les différences au niveau des structures de financement des systèmes de santé, des pratiques en matière de déclaration et des données disponibles propres à chaque profession limitent la comparabilité et peuvent affecter la précision de nos estimations.

Hypothèses de modélisation et variabilité du financement :

Les estimations des investissements provinciaux et territoriaux dans l'éducation reposent sur les montants de financement déclarés, les moyennes nationales indiquées dans la littérature et des ajustements liés à l'inflation lorsque des données récentes n'étaient pas disponibles. Même si ces estimations ne reflètent peut-être pas entièrement les disparités entre les établissements, les différences de financement propres à chaque programme ou les récents changements de politiques, elles fournissent les données les plus récentes disponibles concernant les contributions des provinces et des territoires.

Périmètre de l'évaluation des coûts : L'analyse porte principalement sur les coûts directs liés au roulement et sur les investissements estimés dans l'éducation publique. Les répercussions indirectes et à long terme plus larges sur le système, notamment les pertes de productivité, les perturbations des services et les conséquences sur les soins pour les patients, n'ont pas été chiffrées. De ce fait, les coûts totaux pour le système pourraient être sous-estimés.

Estimations généralisées des contributions provinciales et territoriales en matière d'éducation : Les contributions provinciales et territoriales pour les pharmaciens, dentistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes et technologues en radiation médicale ont été calculées à partir d'un chiffre généralisé représentant la contribution pour les professions dans le domaine de la santé au sein des universités ou des établissements d'enseignement supérieur, tiré du document de Santé Canada intitulé « Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé »². En l'absence de données détaillées sur ces chiffres, notre fourchette estimée peut être supérieure ou inférieure à certaines fourchettes de contributions provinciales ou territoriales.

Méthodologie qualitative

Guides des entretiens et des groupes de discussion

Les guides des entretiens et des groupes de discussion ont été élaborés en fonction des questions de recherche et ont été examinés par les membres du comité consultatif de recherche (voir la liste complète des membres dans les remerciements). Pour répondre à ces questions de recherche, les discussions avec les participants ont porté sur :

- le contexte des ressources humaines et le climat général dans le secteur de la santé;
- les mouvements des professionnels de la santé (au sein d'une même province ou d'un même territoire, entre provinces ou territoires, et migration de sortie);
- la définition, le suivi et la compréhension de la fidélisation du personnel de la santé;
- les mesures et changements liés à la mobilité et à la fidélisation du personnel de la santé.

Tous les participants aux entretiens et aux groupes de discussion intervenaient en leur qualité de professionnels (dans le cadre de leur travail) et non à titre privé; par conséquent, aucune évaluation de l'éthique n'a été sollicitée pour ce projet. La confidentialité a été garantie à toutes les personnes interrogées et à tous les participants aux groupes de discussion, et leur droit de retirer leur consentement à participer leur a été rappelé.

Sélection des candidats aux entretiens

Nous avons sollicité 21 entretiens avec des représentants d'associations nationales et d'organismes de réglementation provinciaux et territoriaux représentant les professionnels exerçant les sept professions de la santé étudiées (médecins, infirmiers, dentistes, pharmaciens, technologues en radiation médicale, ergothérapeutes et physiothérapeutes). On a mené 18 entretiens, ce qui a donné lieu à 13,8 heures d'enregistrement correspondant à 259 pages de transcription, soit un total de 118 215 mots.

Parmi les organisations interrogées figuraient des associations nationales et des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux de tout le Canada. Les données relatives aux participants aux entretiens sont présentées dans les tableaux 1 à 3 sous forme de données agrégées afin de préserver leur confidentialité et leur anonymat.

Pour les sept professions de la santé prises en compte dans l'étude, on dénombre dix organismes de réglementation provinciaux ou territoriaux par profession, soit un total de soixante-dix. Nous avons également inclus sept associations nationales du secteur de la santé. Au sein de ce groupe, notre échantillon représentait 23 % de l'ensemble des organisations possibles, ce qui a permis d'assurer une large couverture nationale et de garantir la saturation des données. Les organismes de réglementation territoriaux n'ont pas été pris en compte, car, dans ces régions, la responsabilité en matière de réglementation incombe directement aux gouvernements territoriaux plutôt qu'à des organismes indépendants.

Tableau 1

Participation des organismes de réglementation aux entretiens, selon les professionnels de la santé

Professionnels de la santé	Nombre de participants aux entretiens
Médecins	2
Infirmières	3
Dentistes	3
Pharmaciens	2
Technologues en radiation médicale	3
Ergothérapeutes	2
Physiothérapeutes	3
Total	18

Source : Signal49 Recherche.

Tableau 2

Participation aux entretiens par type d'organisme de réglementation

Organisme de santé	Nombre de participants aux entretiens
Instances dirigeantes nationales	7
Organismes de réglementation provinciaux	11
Total	18

Source : Signal49 Recherche.

Tableau 3

Participation des représentants d'établissements d'enseignement aux groupes de discussion et aux entretiens, selon les professionnels de la santé

Professionnels de la santé	Nombre de participants aux groupes de discussion et aux entretiens
Médecins	5
Infirmières	5
Dentistes	3
Pharmaciens	5
Technologues en radiation médicale	5
Ergothérapeutes	4
Physiothérapeutes	5
Total	32

Source : Signal49 Recherche.

Sélection des participants aux groupes de discussion

Dans le cadre de ce projet, sept groupes de discussion ont été organisés, réunissant 32 participants, ce qui a donné lieu à un total de 16,9 heures d'enregistrement et à 306 pages de transcription, soit un total de 156 022 mots.

Nous avons cherché à organiser sept groupes de discussion avec des représentants d'établissements d'enseignement dans le domaine de la santé. Nous avons sollicité au total 35 participants parmi ces groupes. Les groupes de discussion ont été organisés par profession dans le domaine de la santé, et des enseignants ainsi que des responsables administratifs d'établissements d'enseignement dans le domaine de la santé de tout le Canada ont été invités à y participer. Les données relatives aux participants aux groupes de discussion sont présentées dans les tableaux 4 et 5 sous forme de données agrégées afin de préserver la confidentialité et l'anonymat.

Tableau 4

Participation des organismes de réglementation aux entretiens, par région

Région	Nombre de participants aux entretiens
Atlantique	4
Colombie-Britannique	2
Prairies	2
Québec	1
Ontario	3
Canada	6
Total	18

Source : Signal49 Recherche.

Tableau 5

Participation des établissements d'enseignement aux groupes de discussion et aux entretiens, par région

Région	Nombre de participants aux groupes de discussion et aux entretiens
Atlantique	5
Colombie-Britannique	2
Prairies	7
Québec	5
Ontario	13
Total	32

Source : Signal49 Recherche.

En nous appuyant sur un total de 182 programmes agréés au Canada couvrant les sept professions de la santé, nous avons atteint un taux de représentativité de 18 % au sein de ce groupe, ce qui garantit une couverture suffisante de la population et une saturation des thèmes de recherche. Nous n'avons pas inclus les établissements d'enseignement territoriaux dans les groupes de discussion, car leurs formations ont obtenu leur agrément grâce à un partenariat avec des organismes de formation plus importants situés dans d'autres provinces.

Recrutement pour les entretiens

Pour établir la liste des candidats à l'entretien, nous nous sommes appuyés sur les registres publics des instances dirigeantes du secteur de la santé et des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux. Lors de la sélection des candidats aux entretiens, nous avons cherché à inclure des représentants de chaque instance dirigeante nationale. Les entretiens restants visaient à assurer une représentation régionale. Une fonction de sélection aléatoire de Microsoft Excel a été utilisée aux fins du choix, par région, des organismes de réglementation provinciaux et territoriaux restants à interroger. En cas de refus de l'invitation à participer ou d'absence de réponse, nous avons sélectionné un organisme de réglementation provincial ou territorial à l'aide de la fonction de sélection aléatoire d'Excel.

Les premières invitations à participer à un entretien ont été envoyées par courriel à toutes les personnes susceptibles d'être interrogées entre le 21 août 2025 et le 10 septembre 2025. Ces courriels ont fait l'objet de deux suivis au maximum en cas d'absence de réponse pendant plus de deux semaines. Dans les cas où nous n'avons pas reçu de réponse à trois courriels, nous avons effectué un suivi par téléphone, en passant au maximum deux appels. Un nombre total maximal de six points de contact a permis d'obtenir un taux d'acceptation suffisant au sein de nos populations cibles.

Sur les 27 candidats contactés, 18 ont accepté l'invitation à participer à un entretien. Le taux de réponse s'est élevé à 67 %. Dix-huit entretiens ont été menés entre le 25 août 2025 et le 20 janvier 2026. Tous les entretiens ont été menés via le logiciel de visioconférence MS Teams. Les entretiens ont duré environ 60 minutes; les réponses ont été transcrites et anonymisées.

Recrutement pour les groupes de discussion

Pour établir la liste des participants aux groupes de discussion, nous nous sommes appuyés sur les registres publics des programmes de formation agréés dans le domaine de la santé pour les sept professions de la santé au cœur de cette étude. Nous avons cherché à assurer une représentation régionale dans cinq régions et avons eu recours à un processus de sélection aléatoire pour identifier les établissements d'enseignement participants. Lorsque les invitations ont été refusées ou sont restées sans réponse, d'autres établissements de la même région ont été sélectionnés selon la même méthode.

Les premières invitations à participer à un groupe de discussion ont été envoyées par courriel à tous les participants potentiels entre le 21 août 2025 et le 10 septembre 2025. Ces courriels ont fait l'objet de deux suivis au maximum en cas d'absence de réponse pendant plus de deux semaines. Dans les cas où nous n'avons pas reçu de réponse à trois courriels, nous avons effectué un suivi par téléphone, en passant au maximum deux appels. Un nombre total maximal de six points de contact a permis d'obtenir un taux d'acceptation suffisant au sein de nos populations cibles.

Sur les 63 personnes contactées, 32 ont accepté l'invitation à participer à un groupe de discussion. Le taux de réponse s'est élevé à 51 %. Sept groupes de discussion ont été organisés entre le 3 novembre 2025 et le 30 novembre 2025. Douze personnes n'ayant pas pu assister à la séance initialement prévue, nous avons organisé douze entretiens individuels supplémentaires, en utilisant le même guide que pour les groupes de discussion, entre le 1er décembre 2025 et le 20 janvier 2026. Tous les groupes de discussion se sont déroulés via le logiciel de visioconférence MS Teams. Les groupes de discussion ont duré environ 90 minutes; leurs comptes rendus ont été transcrits et anonymisés.

Analyse

Les transcriptions des entretiens et des groupes de discussion ont été codées et analysées à l'aide du logiciel NVivo. On a défini les thèmes de codage en combinant du codage déductif et du codage inductif.

Dans un premier temps, les codes déductifs ont été élaborés à partir des questions de recherche et de la revue de la littérature; a suivi le processus de codage inductif, qui comprenait une analyse exploratoire des transcriptions des entretiens et des groupes de discussion. Des contrôles du coefficient d'objectivité ont été effectués aux fins d'assurance de la cohérence du codage entre trois chercheurs. Les thèmes ont été analysés en fonction de leur fréquence, au moyen d'une comparaison des différences de points de vue et d'expériences entre les participants aux entretiens et ceux des groupes de discussion.

Les résultats qualitatifs reflètent uniquement les perspectives de provinces canadiennes. Les organismes réglementaires et les établissements d'enseignement territoriaux n'ont pas été pris en compte en raison de différences dans leur structure de gouvernance. Les territoires ont été exclus de la partie qualitative de cette étude pour les raisons exposées ci-dessus.

Annexe B

Bibliographie

ACTRM. *Analyse des échelles salariales*. ACTRM, 2026.

Agence de la santé publique du Canada. « Vieillesse et maladies chroniques : Profil des aînés canadiens ». Éducation et sensibilisation. 14 juillet 2021. <https://www.canada.ca/fr/services/sante/publications/maladies-et-affections/vieillesse-maladies-chroniques-profil-aines-canadiens-rapport.html>

Ariste, Ruolz. « Distribution and Migration of Recent Healthcare Graduates in Canada ». *Healthcare Policy* 19, n° 2 (2023) : p. 36-47. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2023.27234>

Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie. « Protocole d'entente : Télératification juridique en ergothérapie au Canada ». Association canadienne des organismes de réglementation en ergothérapie, 30 avril 2024.

Association canadienne des technologues en radiologie médicale. *Medical Radiation Technologist Workforce Crisis*. Association canadienne des technologues en radiologie médicale, 2025.

Baumann, Andrea et Mary Crea-Arsenio. « The Crisis in the Nursing Labour Market: Canadian Policy Perspectives ». *Healthcare* 11, n° 13 (2023) : 1954. <https://doi.org/10.3390/healthcare11131954>

Castro Lopes, Sofia, Maria Guerra-Arias, James Buchan, Francisco Pozo-Martin et Andrea Nove. « A Rapid Review of the Rate of Attrition from the Health Workforce | Human Resources for Health | Springer Nature Link ». Consulté le 15 juin 2026. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12960-017-0195-2>

Centre des Compétences futures. « Parcours des professionnels de la santé formés à l'étranger ». s.d. Consulté le 27 février 2026. <https://fsc-ccf.ca/fr/recherche/parcours-professionnels/>

Chiu, Patrick, Nasrin Alostaz, Apple Hermosisima, Rio Li, Houssein Ben-Ahmed, Jelena Atanackovic, Damilota Idye, Natalie Thiessen, Bukola Salami et coll., « Licensure Pathways for Internationally Educated Nurses: An Environmental Scan of Canadian Nursing Regulatory Bodies ». *Journal of Nursing Regulation* 16, n° 2 (2025) : p. 99-110. <https://doi.org/10.1016/j.jnr.2025.06.004>

Conseil des premiers ministres de l'Atlantique. « Lancement du Registre des médecins de l'Atlantique ». Communiqué de presse, 2023. <https://cap-cpma.ca/fr/lancement-du-registre-des-medecins-de-latlantique/>

Conseil national des examens dentaires du Canada, Le. « Voie d'accès à la profession : diplômés des programmes dentaires agréés ». Bureau national d'examen dentaire du Canada, Le, s.d. Consulté le 24 février 2026. <https://ndeb-bned.ca/fr/processus-de-certification/voie-dacces-a-la-profession-diplomes-des-programmes-dentaires-agrees/>

Crea-Arsenio, Mary, Andrea Baumann et Jennifer Blythe. « The Changing Profile of the Internationally Educated Nurse Workforce: Post-Pandemic Implications for Health Human Resource

Planning ». *Healthcare Management Forum* 36, n° 6 (2023) : p. 388-92. <https://doi.org/10.1177/08404704231198026>

De Vries, Neeltje, Anke Boone, Lode Godderis, José Bouman, Szymon Szemik, Domenica Matranga et Peter de Winter, « The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors That Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals ». *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* 60 (janvier 2023) : 00469580231159318. <https://doi.org/10.1177/00469580231159318>

Duffield, Christine M., Michael A. Roche, Caroline Homer, James Buchan et Sofia Dimitrelis. « A Comparative Review of Nurse Turnover Rates and Costs across Countries ». *Journal of Advanced Nursing* 70, n° 12 (2014) : p. 2703-12. <https://doi.org/10.1111/jan.12483>

Effectif de la santé Canada. « Stratégie pancanadienne de données sur la main-d'œuvre en santé ». Ottawa (Ontario), 2026.

Emploi et Développement social Canada. « Évaluation du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers, 2025 ». Recherche. 24 novembre 2025. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/rapports/evaluations/reconnaissance-titres.html>

Emploi et Développement social Canada. « Le gouvernement du Canada aide 6600 professionnels de la santé formés à l'étranger à travailler au Canada ». Communiqué de presse. 15 janvier 2024. <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>

Ewen, Caroline, Marlena Flick et Joan Atlin. *Compter sur les soins infirmiers : enquête auprès des infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui n'exercent pas leur profession en Ontario*. World Education Services, 2024. <https://knowledge.wes.org/canada-rapport-ien-enquete-compter-sur-les-soins.html>

Excellence en santé Canada. *Six stratégies pour renforcer les effectifs*. 2023.

Frank, Kristyn, Jungwee Park, Patrick Cyr, Susan Weston et Feng Hou. *Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada : renseignements sociodémographiques et répartition professionnelle*. Rapports économiques et sociaux. Gouvernement du Canada, 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/36-28-0001/2023008/article/00004-fra.htm>

Freeman, Michelle, Lizette Beaulieu et Jamie Crawley. « Des infirmières et infirmiers diplômés au Canada envisagent de partir à l'étranger pour travailler : le Canada répond-il à leurs attentes? » *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 15 décembre 2015, p. 80-96.

Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. « The Government of Newfoundland and Labrador Expanding Recruitment Efforts: New Initiative to Make It Easier for Internationally Trained Nurses to Work in Province ». *Communiqué de presse*, 2 juin 2025. <https://www.gov.nl.ca/releases/2025/health/0602n07/>

Hartsell, Zachary et Amy Noecker. *Quantifying the Cost of Advanced Practice Provider Turnover*. SullivanCotter, 2020.

Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. « Découvrez les processus de financement pour les services d'établissement ». Non disponible. 28 juin 2012. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/partenaires-fournisseurs-services/financement.html>

Institut canadien d'information sur la santé. « Normes de données ». Consulté le 19 mars 2026. <https://www.cihi.ca/fr/normes-et-soumission-de-donnees/normes-de-donnees>

Institut canadien d'information sur la santé. « Trousse d'outils pour la mise en œuvre du fichier minimal de l'information sur la main-d'œuvre de la santé (IMS) ». Consulté le 5 juin 2026. <https://www.cihi.ca/fr/trousse-doutils-pour-la-mise-en-oeuvre-du-fichier-minimal-de-linformation-sur-la-main-doeuvre-de-la>

Institut canadien d'information sur la santé. « Tendances des dépenses liées à la prestation de services de santé, 2025 – analyse éclair ». Consulté le 3 mars 2026. <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-liees-a-la-prestation-de-services-de-sante-2025-analyse-eclair>

Institut canadien d'information sur la santé. « État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2024 ». 11 décembre 2025. <https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2024>

Institut canadien d'information sur la santé. *Main-d'œuvre de la santé, 2024 : effectif et soins directs*. 2025.

Institut canadien d'information sur la santé. « Tableaux de données ». Consulté le 27 novembre 2025. https://www.cihi.ca/fr/accéder-aux-données-et-aux-rapports/tableaux-de-données?acronyms_databases=All&health_care_quality=All&health_conditions_outcomes=All&health_system_overview=All&items_per_page=10&keyword=Nursing&place_of_care=All&population_group=All&published_date=All&sort_by=field_published_date_value&type_of_care=All

News.Ontario.ca. « L'Ontario et l'Alberta s'associent pour créer plus de chances pour les travailleurs spécialisés formés à l'étranger ». Consulté le 3 mars 2026. <https://news.ontario.ca/fr/release/1004810/lontario-et-lalberta-sassocient-pour-créer-plus-de-chances-pour-les-travailleurs-specialises-formes-a-letranger>

News.Ontario.ca. « La province élargit la subvention Apprendre et rester afin de former davantage de médecins de famille en Ontario ». Consulté le 3 mars 2026. <https://news.ontario.ca/fr/release/1005226/la-province-élargit-la-subvention-apprendre-et-rester-afin-de-former-davantage-de-medecins-de-famille-en-ontario>

Nova Scotia Health. « Nova Scotia Practice Ready Assessment Program Offers an Important Pathway for Recruitment of Family Doctors in Rural Nova Scotia ». *NS Health News and Notices*, 16 juin 2024. <https://www.nshealth.ca/news-and-notice/nova-scotia-practice-ready-assessment-program-offers-important-pathway-recruitment>

Peachey, David, Nicholas Tait, William Croson et Robin Carels. *Workforce Planning for Pharmacists and Pharmacy Technicians in New Brunswick*. Health Intelligence Inc. and Associates. s.d.

Physician Assessment Centre of Excellence (PACE). « Physicians PACE Assessment Program ». Physician Assessment Centre of Excellence (PACE). Consulté le 24 février 2026. <https://nspace.ca/physicians/>

Post-Secondary Education and Future Skills. « New Regulations Streamline Pathway for International Credentials ». BC Gov News, 12 juin 2024. <https://news.gov.bc.ca/releases/2024PSFS0022-000907>

RNAO. « Recruiting and Retention ». Consulté le 26 février 2026. <https://rnao.ca/bpg/get-involved/acpf/recruiting-and-retention>

Santé Canada. « Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada – Étude sur l'éducation, la formation et la répartition de l'effectif en santé au Canada ». Gouvernement du Canada, 30 janvier 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/etude-education-formation-repartition-effectif.html>

Santé Canada. « Cadre éthique pour le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada ». Transparence – Autres. 7 juillet 2025. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/cadre-ethique-recrutement-maintien-poste-professionnels-sante-formes-etranger.html>

Santé Canada. *Aperçu du coût de formation des professionnels de la santé*. Santé Canada, janvier 2008. https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H29-1-2009F.pdf

Santé Ontario. « Données ouvertes ». Consulté le 19 mars 2026. <https://santeontario.ca/systeme/donnees/ouvertes>

Signal49 Recherche (anciennement Le Conference Board du Canada). *En mode solutions : Remédier aux graves pénuries de compétences dans les domaines de la santé, des métiers et des technologies au Canada*. 2025. https://fsc-ccf.ca/wp-content/uploads/2025/04/en-mode-solutions_mar2025.pdf

Signal49 Recherche (anciennement Le Conference Board du Canada). *Des occasions manquées 2025 : Tendances en matière de rétention des immigrants hautement qualifiés et des professions en demande* Ottawa, 2025.

Statistique Canada. « Mobilité interprovinciale de la main d'œuvre au Canada selon la profession et l'éducation : Canada, provinces et territoires ». Gouvernement du Canada, 4 décembre 2024. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=9810065301&request_locale=fr

Statistique Canada. « Renouvellement de la main-d'œuvre dans les professions de la santé ». Gouvernement du Canada, 2025. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2025001/article/00006-fra.htm?utm_source=chatgpt.com

Tam, Vivian, Jennifer S. Edge et Steven J. Hoffman. « Empirically Evaluating the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel's Impact on Four High-Income Countries Four Years after Adoption ». *Globalization and Health* 12, n° 1 (2016) : 62. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0198-0>

Tobelem, Leiva, Luis Francisco, Fabio Ynoe de Moraes et Filipe Nadir Caparica Santos. « Expanding Healthcare Capacity in Canada: The Potential of Internationally Trained Physicians ». *Lancet Regional Health: Americass* 46 (avril 2025) : 101095. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101095>

Touchstone Institute, « Practice Ready Ontario (PRO) ». s.d. Consulté le 9 mars 2026. <https://touchstoneinstitute.ca/assessment/practice-ready-ontario/>

Wuliji, Tana, Sarah Carter et Ian Bates. « Migration as a Form of Workforce Attrition: A Nine-Country Study of Pharmacists ». *Human Resources for Health*, 7 (avril 2009) : 32. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-32>

Wynendaele, Herlinde, Els Clays, Ellen Peeters, Yannai DeJonghe, Ann Van Hecke et Jeroen Trybou. « Understanding Turnover in Healthcare and Welfare Sectors of High-Income Countries: An Umbrella Review ». *BMC Health Services Research*, 25 (juin 2025) : 806. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12966-5>

Yeoh, Su Ann, Saravana Kumar, Anna Phillips et Lok Sze Katrina Li. « Unveiling the Exodus: A Scoping Review of Attrition in Allied Health ». *PLOS ONE* 19, n° 9 (2024) : e0308302. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308302>

Zagrodney, K. A. P., S. M. McKay, R. Jaffe, M. Myers, E. Sequera, D. Uzelac et E. C. King. « The Cost of Turnover in Home Healthcare: A Conceptual Model ». *Healthcare Management Forum*, 6 février 2026, 08404704251412842. <https://doi.org/10.1177/08404704251412842>

Zaheer, Shahram, Liane Ginsburg, Hannah J. Wong, Kelly Thomson, Lorna Bain et Zaev Wulffhart. « Turnover Intention of Hospital Staff in Ontario, Canada: Exploring the Role of Frontline Supervisors, Teamwork, and Mindful Organizing ». *Human Resources for Health*, 17 (août 2019) : 66. <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0404-2>

Remerciements

Cette recherche a été réalisée grâce au soutien financier du programme Compétences futures du gouvernement du Canada. Signal49 Recherche est un fier partenaire de recherche du consortium du Centre des Compétences futures.

De nombreux collègues de Signal49 Recherche ont contribué à la réalisation de cette recherche. Stein Monteiro, Ph. D., associé principal de recherche, Eddy Nason, directeur, et Christopher Viel, chercheur principal, ont conçu cette initiative et en ont assuré la supervision tout au long du processus de recherche. Alice Craft, M.A., chercheuse principale, Stein Monteiro, Ph. D., associé principal de recherche, Bambi Tinuoye, analyste de recherche, Christopher Viel, chercheur principal, et Aranie Vijayarathnam, analyste de recherche, ont effectué les recherches. Michael Burt, M.A., vice-président, Stefan Fournier, M.A., directeur général, Lauren Hamman, MPGGA, (ancienne) codirectrice, et Eddy Nason, directeur, ont apporté leurs commentaires sur les premières ébauches. Le graphisme du document a été réalisé par l'équipe des services de conception de Signal49 Recherche.

Nous remercions les 18 personnes qui ont pris le temps de participer à cette recherche en répondant à nos questions, ainsi que les 32 personnes qui ont pris part aux groupes de discussion organisés dans le cadre de cette étude.

Nous souhaitons également remercier les membres du comité consultatif de la recherche qui ont soutenu cette recherche :

- **Owen Adams**, Ph. D., vice-président, Politique et recherche en santé, Association médicale canadienne
- **Justin DePodesta**, directeur de la planification des effectifs, Nova Scotia Health
- **Caroline Ewan**, responsable des politiques et du plaidoyer, World Education Services
- **Alyssa Indar**, University Health Network
- Linda McGillis Hall, Ph. D., chercheuse à l'Université de Toronto
- **Lynn McNeely**, directrice, Données et planification, Effectif de la santé Canada
- **Luca Salvador**, fondateur et président, Internationally Trained Dentists Association of Canada
- **Ruth Wojtiuk**, responsable des pratiques professionnelles, CARE Centre for Internationally Educated Nurses

La fidélisation dans le secteur de la santé : Perspectives systémiques et coûts de la migration

Stein Monteiro, Eddy Nason, Christopher Viel, Alice Craft, Bambi Tinuoye et Aranie Vijayarathnam

Pour citer ce rapport : Monteiro, Stein, Eddy Nason, Christopher Viel, Alice Craft, Bambi Tinuoye et Aranie Vijayarathnam. *La fidélisation dans le secteur de la santé : Perspectives systémiques et coûts de la migration*, Ottawa, Signal49 Recherche, 2026.

Nos prévisions et travaux de recherche reposent souvent sur de nombreuses hypothèses et sources de données et présentent ainsi des risques et incertitudes. Ces renseignements ne doivent donc pas être perçus comme une source de conseils spécifiques en matière de placement, de comptabilité, de droit ou de fiscalité. Signal49 Recherche assume l'entière responsabilité des résultats et conclusions de cette recherche.

Ce document est disponible sur demande dans un format accessible aux personnes ayant une déficience visuelle.

Agent d'accessibilité, Signal49 Recherche

Tél. : 613-526-3280 ou 1-866-711-2262 Courriel : accessibility@signal49.ca

Publié au Canada | Tous droits réservés | Entente n° 40063028
AERIC Inc. est un organisme de bienfaisance indépendant enregistré au Canada qui exerce ses activités sous le nom de Signal49 Recherche.



Où le savoir
inspire l'action