



Une partie de la solution :

Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada



NATIONAL NEWCOMER
NAVIGATION NETWORK

RÉSEAU NATIONAL DE
NAVIGATION POUR
NOS NOUVEAUX ARRIVANTS

RECONNAISSANCE DES DROITS TERRITORIAUX

N4 - Le Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants est un projet qui est hébergé à CHEO - Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario, et financé par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. CHEO est situé à Ottawa, en Ontario, qui est construite sur le territoire non cédé des Algonquins Anishinaabe. Les peuples de la Nation algonquine Anishinaabe ont vécu sur ce territoire pendant des millénaires et nous leur rendons hommage, ainsi qu'à ce territoire. CHEO rend également hommage à toutes les Premières Nations, aux Inuits et aux Métis pour leurs contributions passées et présentes à ce territoire.

Référence suggérée : M. Maddock, C. Goodfellow, S. Zohni, C. Kouri (2023). Une partie de la solution : Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada. Ottawa (Ontario) : Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants.

REMERCIEMENTS

Le Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants (N4) est un réseau national pour la diversité des fournisseurs qui aident les nouveaux arrivants à naviguer dans les systèmes complexes de soins de santé et de services sociaux canadiens. Ce travail a été financé dans le cadre d'une entente de contribution à l'amélioration de la prestation des services (APS) avec Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC). N4 est hébergé et administré par CHEO, un centre de soins et de recherche pédiatriques à Ottawa.

Le présent rapport représente les résultats d'un groupe de travail N4 de la communauté de pratique (CdP)* : Tirer parti des médecins formés à l'étranger (MFE) pour combler les lacunes du marché du travail dans le secteur des soins de santé, qui était dirigé par Joan Atlin, World Education Services (WES) et Deidre Lake, Alberta International Medical Graduates Association (AIMGA). Leur travail a été guidé par l'apport précieux des MFE canadiens par l'intermédiaire du Groupe de consultation de N4 sur les MFE, qui a été habilement facilité par Ahmed Alkhatib. Nous tenons à remercier tous nos participants pour leur contribution, particulièrement parce que ce travail s'est produit pendant la crise des ressources humaines en santé (RHS) et au milieu des effets continus de la pandémie de la COVID-19. Pour obtenir la liste complète des membres du Groupe de travail et du Groupe de consultation, veuillez consulter les annexes A et B.

Les renseignements, les données et les références contenues dans le présent rapport étaient correctes au meilleur des connaissances de N4 au moment de la publication. En raison des changements dynamiques qui se produisent actuellement dans le système de soins de santé, l'emplacement et le contenu des ressources peuvent changer à mesure que de nouveaux renseignements sont publiés, que les politiques actuelles sont mises à jour et que les programmes et les cheminements changent.

**La participation au Groupe de travail ne constitue ni n'implique l'approbation, la recommandation, ni ne favorise le présent rapport par les administrateurs ou les employés de leur organisation.*

Une partie de la solution :

Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada

CONTEXTE

Le Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants (N4) est un réseau national pour les fournisseurs de services qui aident les nouveaux arrivants à naviguer dans les systèmes de santé et de services sociaux du Canada. N4 offre des possibilités de perfectionnement professionnel, de formation, de discussions virtuelles, de réseautage, ainsi que d'échange de données et de ressources. N4 vise à promouvoir les meilleures pratiques dans le domaine de la navigation des nouveaux arrivants, avec pour objectif ultime d'améliorer l'expérience des nouveaux arrivants au Canada.

De 2019 à 2022, N4 a bâti un réseau solide de professionnels provenant de divers secteurs et de différents endroits, qui se passionnent pour l'avancement de l'équité en matière de santé et pour l'amélioration de leurs services afin de répondre aux besoins des plus récents nouveaux arrivants au Canada. En avril 2022, IRCC a élargi le mandat de N4 afin de cibler les inégalités dans l'emploi optimal des nouveaux arrivants au sein des soins de santé.

Pour en savoir plus :
www.newcomernavigation.ca



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	5	REGARD VERS L'AVENIR	31
INTRODUCTION	7	RÉFÉRENCES	32
Une note sur la terminologie	7	ANNEXES	34
La portée du présent rapport	7	ANNEXE A : Appartenance au groupe de travail de la CdP de N4	34
Une méthodologie	9	ANNEXE B : Membres du Groupe de consultation sur l'expérience vécue des MFE	35
Des principes directeurs	11	ANNEXE C : Recommandations Hors de portée	36
RECOMMANDATIONS			
1. Des renseignements fiables	14		
2. Un appui de navigation pour les MFE	16		
3. Une politique pancanadienne de ressources humaines en santé	18		
4. Des tests de compétences linguistiques	19		
5. Une reconnaissance du permis d'exercer	20		
6. L'actualisation de la pratique	21		
7. La voie de mi-carrière	22		
8. Des programmes d'évaluation de la capacité à exercer	23		
9. Des ententes d'obligation de service postdoctoral	26		
10. Des Examens	27		
11. Des programmes de transition	28		
12. Des lieux de résidence	29		



SOMMAIRE

Les pressions sur le système de santé canadien pour combler les lacunes du marché du travail augmentent. La pandémie de la COVID-19 a exacerbé les défis existants et prévus dans le secteur des soins de santé et a causé une pénurie de travailleurs de la santé dans tous les rôles.¹ On estime qu'environ la moitié des Canadiens sont soit incapables de trouver un médecin de famille, soit d'obtenir un rendez-vous en temps opportun avec leur médecin de famille actuel.² Le vieillissement de la population canadienne ajoute à cette crise à mesure que le besoin de médecins augmente pour répondre aux besoins croissants en soins de santé.³

Bien qu'ils soient hautement qualifiés et valorisés comme immigrants, les nouveaux arrivants du Canada rencontrent d'importants défis pour obtenir un emploi dans leur domaine international d'études, même lorsque leur profession est en demande.⁴ Parmi les médecins canadiens nés à l'étranger et formés à l'étranger, 62 % ne travaillent pas dans leur profession de formation.⁵

L'amélioration des voies d'obtention d'un permis d'exercer pour les médecins formés à l'étranger (MFE) a été identifiée comme étant une stratégie clé pour combler la pénurie de médecins au Canada et combler les lacunes du marché du travail.⁶ Le présent rapport présente les recommandations formulées sur une période de huit mois (d'août 2022 à mars 2023) par la communauté de pratique de N4. Les recommandations, élaborées à la demande de notre fondateur, représentent des moyens concrets et réalisables de résoudre la crise des ressources humaines en santé au Canada en éliminant les obstacles qui empêchent les MFE d'obtenir un permis d'exercer complet ainsi qu'un emploi.

Un permis d'exercer⁷

L'acceptation qu'une personne puisse pratiquer la médecine dans une juridiction en se fondant sur les règlements de santé publics ou gouvernementaux.

Un médecin formé à l'étranger (MFE)

Un médecin qui a suivi une formation en résidence postdoctorale et qui était admissible à travailler comme médecin à l'extérieur du Canada.

Nous regroupons les recommandations dans les thèmes suivants :

1. Des renseignements fiables

1.1 Créer un carrefour de renseignements centralisé, convivial et à jour pour soutenir la prise de décisions

2. Un appui de navigation pour les MFE

2.1 Établir ou élargir les services de navigation 1:1 financés par le gouvernement pour les MFE, afin d'assurer un appui uniforme et de haute qualité par le biais des processus d'immigration, de permis d'exercice et d'emploi dans chaque province

2.2 Établir ou étendre des voies de référence aux services de navigation pour les MFE

3. Une politique pancanadienne en matière de ressources humaines en santé

3.1 Établir une stratégie pancanadienne en matière de données afin de mieux comprendre les lacunes dans toutes les provinces et tous les territoires concernant le marché du travail

4. Des tests de compétences linguistiques

4.1 Aligner les exigences relatives aux tests de compétence linguistique et les exemptions le long du parcours de l'immigration à l'obtention d'un permis d'exercer

4.2 Réexaminer la durée de validité d'un test linguistique pour les MFE vivant au Canada

5. Une reconnaissance du permis d'exercer

5.1 Reconnaître les permis des juridictions approuvées

5.2 Créer un permis pancanadien

6. L'actualisation de la pratique

6.1 Identifier les possibilités rémunérées dans chaque province, reconnues par les autorités de réglementation, qui appuient les MFE pour maintenir une actualisation de la pratique

1 Association médicale canadienne, « Les médecins, les infirmières et infirmiers offrent des solutions pour faire face immédiatement à la crise des Ressources humaines en Santé ».

2 David Korzinski, "Doc Deficits."

3 Emploi et Développement social Canada, « Système de projection des professions du Canada ».

4 Andrea Baumann et coll., "Diversifying the Health Workforce".

5 OCDE, *Tendances récentes de la migration internationale des médecins, des infirmières et infirmiers et des étudiants en médecine*.

6 Association médicale canadienne, « Les médecins, les infirmières et infirmiers offrent des solutions pour faire face immédiatement à la crise des Ressources humaines en Santé ».

7 Aux fins du présent rapport, le terme « permis d'exercice » désigne l'enregistrement d'une personne à exercer par l'autorité réglementaire compétente.



6.2 Une réforme de l'actualisation de la pratique fondée sur la recherche

7. La voie de mi-carrière

7.1 Convoquer les intervenants pour qu'ils examinent les possibilités d'obtenir un permis pour les MFE en milieu de carrière qui vivent au Canada et qui ont des années d'expérience dans les milieux internationaux de la santé

8. Des programmes d'évaluation de la capacité à exercer (ECE)

8.1 Établir un programme d'ECE dans toutes les provinces

8.2 Étudier les stratégies visant à accroître l'offre d'évaluateurs pour compléter les ECE

8.3 Affecter des ressources supplémentaires à la rémunération des évaluateurs

8.4 Élargir les programmes d'ECE afin d'y inclure des spécialités et des sous-spécialités (en dehors des médecins de famille) et élargir la portée des normes du Conseil médical du Canada (CMC) pour les ECE afin d'y inclure des spécialistes et des sous-spécialistes

8.5 Offrir l'accès gratuit à une orientation vers le contexte canadien des soins de santé à tous les candidats à l'ECE

8.6 Poursuivre l'examen de la suppression de l'exigence d'examens d'admission du CMC (EACMC 1) de la des critères d'admissibilité à l'ECE

9. Des ententes d'obligation de service postdoctoral

9.1 Supprimer les ententes d'obligation de service postdoctoral obligatoires pour les MFE et étendre tous les programmes et incitatifs volontaires aux diplômés canadiens en médecine et aux MFE

10. Des examens

10.1 Accroître la transparence des scores de seuil pour l'exigence d'examens d'admission du CMC (EACMC 1) appliqués par les comités de sélection aux programmes de CNA-PRA et de résidence

10.2 Fournir aux participants qui ont échoué l'examen clinique objectif structuré (ECOS) de la Collaboration nationale en matière d'évaluation (CNE), une rétroaction sur les domaines à améliorer

11. Des programmes de transition

11.1 Élaborer des programmes de transition clinique qui combleront spécifiquement les lacunes en matière de formation (p. ex., les rotations manquées, les années de résidence, l'actualisation de la pratique) ou les compétences

12. Des lieux de résidence

12.1 Rendre tous les lieux de résidence de deuxième niveau disponibles aux diplômés internationaux en médecine (DIM) dans les provinces où cela n'est pas déjà en vigueur

12.2 Augmenter le nombre de lieux de résidence spécialisée offerts aux DIM

12.3 Accroître la transparence des programmes d'études supérieures en ce qui concerne les critères qu'ils recherchent dans les candidats à la résidence

12.4 Établir des outils pour réduire les préjugés dans le processus d'entrevue

Les recommandations décrites ci-dessus utilisent une approche fondée sur les forces pour tirer parti des diverses compétences et expériences que les MFE apportent au Canada. La mise en œuvre de ces recommandations appuiera les MFE afin de leur permettre d'obtenir un emploi optimal dans le secteur des soins de santé du Canada, de réduire la pénurie de médecins et d'améliorer l'accès à des soins de santé sûrs et équitables pour tous les Canadiens.

IRCC a fourni du financement à N4 pour faciliter la mise en œuvre de ce rapport au cours de l'exercice 2023-2024. N4 a élaboré un plan de communication exhaustif afin de sensibiliser davantage les groupes d'intérêt clé, en particulier les organisations qui sont le public cible de certaines des recommandations. Un plan global de mobilisation des connaissances est en cours d'élaboration afin de promouvoir l'application des recommandations par les acteurs de la mise en œuvre. Les progrès réalisés au cours de l'année à venir seront suivis. Le groupe de travail sur les MFE continuera de se réunir tous les trimestres pour appuyer ce travail. Enfin, N4 a mis au point une [voie visuelle](https://www.newcomernavigation.ca) sur www.newcomernavigation.ca pour guider les MFE et les fournisseurs de services qui cherchent à comprendre les principales étapes de la voie de permis d'exercer.



INTRODUCTION : LE RÔLE DES MFE DANS LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DU CANADA

« Les nouveaux arrivants font partie intégrante de nos communautés. Leur pleine inclusion dans notre effectif de soins de santé nous aidera à combler les pénuries de personnel, tout en incorporant des voix richement diversifiées d'expérience vécue et en appuyant davantage d'autres nouveaux arrivants. »

- ALEX MUNTER, PRÉSIDENT ET DIRECTEUR GÉNÉRAL, CHEO

l'étranger et formés à l'étranger qui ont immigré au Canada ne travaillent pas actuellement dans leur profession de qualification.¹⁵

« Vous savez ce que je dis aux gens au sujet du Canada? Les ambulanciers conduisent des ambulances, les médecins conduisent des taxis. »

- LE FILM PEACE BY CHOCOLATE (BASÉ SUR L'HISTOIRE VRAIE OF TAREQ HADHAD)

Le Canada fait actuellement face à une crise des ressources humaines en santé (RHS). La pandémie de la COVID-19 a exacerbé les défis existants et prévus en matière de RHS dans le secteur des soins de santé. Par conséquent, les médecins et les autres travailleurs de la santé sont en pénurie et exercent une pression considérable sur le système de santé pour remédier à ses pénuries sur le marché du travail.⁸ On estime qu'environ la moitié des Canadiens sont soit incapables de trouver un médecin de famille soit d'obtenir un rendez-vous en temps opportun avec leur médecin de famille.⁹ Le vieillissement de la population canadienne contribue à la crise actuelle, car le nombre prévu de médecins nécessaires augmentera pour répondre aux besoins croissants en soins de santé de la population.¹⁰

L'offre de main-d'œuvre du Canada a été principalement dépendante de l'immigration et elle continuera de l'être. Compte tenu du vieillissement de la population et de l'augmentation des postes vacants, le succès de cette stratégie est maintenant essentiel.¹¹ Au cours des trois prochaines années, le Canada accueillera 1,45 million de nouveaux arrivants, principalement dans la classe d'immigrants qualifiés.¹² Toutefois, l'immigration ne mène pas toujours à un emploi optimal au Canada.¹³ Les histoires de médecins canadiens formés à l'étranger qui conduisent des taxis ne sont pas sans fondement. Selon les données du recensement, entre 2011 et 2016, le Canada a accueilli plus de 4 500 MFE.¹⁴ Environ 62 % des médecins nés à

Malgré les multiples obstacles auxquels font face les MFE au Canada, ils demeurent déterminés à améliorer les soins de santé des Canadiens. Au cours des entrevues entre les intervenants et les PTI menées par N4, les médecins ont exprimé leur profonde détresse pendant la pandémie quant à leur incapacité de contribuer au bien-être de leur nouveau pays. Les MFE se sont mobilisés pour appuyer la vaccination, aider les nouveaux arrivants et les cliniques communautaires en faisant de l'interprétation et en offrant des renseignements ethnoculturels pertinents sur la santé publique. Des recherches effectuées par des médecins de l'Ontario formés à l'étranger montrent également que les MFE sont prêts à travailler dans de petites collectivités rurales et du Nord pour aider à faire face à de graves pénuries de médecins.¹⁶

L'Association médicale canadienne a déterminé que l'amélioration des voies d'obtention d'un permis d'exercice pour les MFE constituait l'une des principales stratégies pour remédier à la pénurie de médecins au Canada.¹⁷ Pour que les MFE puissent pleinement utiliser leurs compétences, ils ont besoin d'un soutien le long de leurs voies d'accès à l'emploi, notamment en ce qui concerne l'immigration, la reconnaissance des titres de compétence, l'évaluation clinique, la formation, l'obtention du permis d'exercer et l'emploi. Ce n'est qu'à ce moment-là que le secteur de la santé du Canada bénéficiera pleinement de son immigration et de ses contributions potentielles.

8 Association médicale canadienne, « Les médecins, les infirmières et infirmier offrent des solutions pour faire face immédiatement à la crise des Ressources humaines en Santé ».

9 David Korzinski, "Doc Deficits." (Anglais seulement)

10 Emploi et développement social Canada, « Système de projection des professions du Canada ».

11 Statistique Canada Gouvernement du Canada, « Le Quotidien — L'immigration comme source de main-d'œuvre ».

12 Emploi et développement social Canada, "Système canadien de projection professionnelle".

13 Andrea Baumann et coll., "Diversifying the Health Workforce".

14 Statistique Canada, « Recensement du Canada de 2016 ».

15 OCDE, *Tendances récentes de la migration internationale des médecins, des infirmières et infirmiers et des étudiants en médecine*.

16 Médecins de l'Ontario formés à l'étranger (ITPO), « ITPs: A Diverse, Underutilised, Skilled, Health Human Resource ». (Anglais seulement)

17 Association médicale canadienne, « Les médecins, les infirmières et infirmiers offrent des solutions pour faire face immédiatement à la crise des Ressources humaines en Santé ».



Médecins nés et formés à l'étranger



- N'exercent pas dans le cadre de leur discipline (21 325)
- Exercent dans le cadre de leur discipline (12 885)

Source : Tendances récentes de la migration internationale des médecins, infirmières, infirmiers et étudiantes, étudiants en médecine, OCDE (2019)

Partout au Canada, des pressions croissantes ont été exercées pour régler les problèmes systémiques sous-jacents qui empêchent les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) de devenir autorisés à exercer. En 2022, l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada ont témoigné devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes au sujet de la crise des ressources humaines en santé, y compris la nécessité de mobiliser les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE).¹⁸ Leur témoignage et celui d'autres personnes ont contribué à faire en sorte que 4 des 20 recommandations du rapport « La résolution de la crise du personnel de santé au Canada » remédient aux obstacles rencontrés par les PSFE.¹⁹

Entre-temps, diverses mesures ont été et continuent d'être mises en œuvre par les autorités de réglementation provinciales et les ministères responsables de la santé (MS). Ces mesures profitent aux MFE canadiens actuels et futurs, mais ajoutent à la variation et à la complexité auxquelles ils sont confrontés lorsqu'ils demandent un permis d'exercice. Le rapport de 2023 de N4, « Une partie de moi manquante », décrit le processus canadien de délivrance de permis aux MFE comme étant complexe, coûteux et différent d'une province à l'autre.²⁰

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

Les professionnels de la santé formés dans un pays autre que le Canada.

Les ressources humaines en santé (RHS)

Toutes les personnes engagées dans des actions dont l'objectif premier est d'améliorer les résultats positifs en matière de santé. Il s'agit notamment des fournisseurs de soins de santé, du personnel de gestion et de soutien.

UNE NOTE SUR LA TERMINOLOGIE

Tout au long du présent rapport, nous nous référons à ceux qui ont une formation et une expérience internationales en tant que médecins formés à l'étranger (MFE) plutôt qu'en tant que diplômés internationaux en médecine (DIM). Les MFE ayant une expérience vécue ont exprimé cette préférence, car elle reflète leurs années de pratique autorisée avant d'arriver au Canada. Il était suggéré qu'un DIM impliquait un diplômé récent d'une école de médecine plutôt qu'un médecin expérimenté. Les MFE sont en effet un groupe expérimenté : dans un sondage effectué par des médecins de l'Ontario formés à l'étranger, auprès de 324 médecins nés et formés à l'étranger, 63 % avaient plus de 3 ans d'expérience clinique, 23 % avaient 4 à 5 ans d'expérience clinique et 20 % avaient 7 à 10 ans d'expérience clinique.²¹ Nous avons donc choisi la terminologie suggérée par nos informateurs ayant une expérience vécue.

Un Diplômé international en médecine (DIM)

Une personne qui a obtenu un diplôme en médecine d'une école de médecine à l'extérieur du Canada.

LA PORTÉE DU PRÉSENT RAPPORT

Le présent rapport présente le travail du Groupe de travail sur les lacunes du marché du travail dans les soins de santé de la Communauté de pratique de N4, qui tire parti des MFE pour combler les lacunes du marché du travail dans les soins de santé. Les recommandations pancanadiennes qui suivent présentent des moyens concrets et réalisables d'appuyer l'intégration des MFE dans la pratique. L'élimination des obstacles et la mise en œuvre de facilitateurs éprouvés amélioreront l'intégration des MFE et créeront des capacités et une viabilité du système de soins de santé.



18 Sean Casey, « Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé. »

19 Sean Casey, « Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé. »

20 Cat Goodfellow, Christine Kouri et Sahar Zohni, « Une partie de moi manquante » : Rapport pancanadien sur l'autorisation des professionnels de la santé formés à l'étranger.

21 Médecins de l'Ontario formés à l'étranger (ITPO), « ITPs: A Diverse, Underutilised, Skilled, Health Human Resource ». (Anglais seulement)

Une partie de la solution :

Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada



Les recommandations présentées dans le présent rapport visent à appuyer le système de soins de santé en intégrant ces **MFE qui ont immigré au Canada, mais n'ont pas encore obtenu de permis d'exercice**. Toutefois, ces recommandations profiteraient également aux MFE qui n'ont pas encore immigré au Canada en fournissant des renseignements plus précis qui aident la prise de décisions et la préparation avant l'arrivée.

Les recommandations formulées dans le présent rapport portent sur les trois domaines qui sous-tendent l'intégration des MFE dans la pratique : l'immigration, le permis d'exercice et l'emploi. Une approche pancanadienne des recommandations a été adoptée afin de promouvoir les pratiques exemplaires et prometteuses et d'améliorer l'uniformité entre les provinces et les territoires. Conformément à l'entente de contribution avec IRCC, la province de Québec a été exclue.

MÉTHODOLOGIE

Comprendre les obstacles à l'emploi optimal

Entre mai et janvier 2023, l'équipe N4 a tenu 74 réunions d'intervenants par l'intermédiaire de Zoom ou de Microsoft Teams afin de compléter la recherche documentaire officielle et grise sur les enjeux auxquels font face les BDPI pour obtenir un permis d'immigration après l'obtention d'un permis d'entrée. Un rapport complet décrivant la méthodologie et les principales conclusions de ce travail est disponible [ici](#).²²

La prochaine phase des travaux de N4 a été de former deux groupes de travail de six mois sur la communauté de pratique N4 (CdP), l'un destiné aux MFE et l'autre aux infirmières et infirmiers formés à l'étranger (IFE). La structure de la CdP N4 comprend des groupes de travail limités dans le temps qui produisent des produits livrables fondés sur des données probantes, axés sur les résultats et axés sur l'impact, afin de s'attaquer aux causes profondes des inégalités pour les nouveaux arrivants dans l'accès aux services de santé, sociaux et d'établissement. Leur travail est entièrement soutenu par l'équipe N4 par le biais de la gestion de projets, la recherche, les communications et l'administration. Vous trouverez plus de renseignements sur le modèle CdP N4 [ici](#).

Les groupes de travail de N4 portant sur les IFE et les MFE ont été formés afin de tirer parti des résultats de la visite du site pour élaborer un ensemble de recommandations applicables fondées sur une compréhension commune de 1) l'état actuel du permis d'exercice 2) les principaux obstacles et facilitateurs et 3) l'état souhaité à l'avenir, mettant en évidence les pratiques exemplaires et prometteuses qui s'attaquent aux principaux obstacles à l'emploi optimal.

La Communauté de pratique (CdP) N4

Une structure qui comprend des groupes de travail limités dans le temps qui produisent des produits livrables fondés sur des données probantes, axés sur les résultats et axés sur l'impact, afin de s'attaquer aux causes profondes des inégalités pour les nouveaux arrivants dans l'accès aux services de santé, sociaux et d'établissement.

Le recrutement au Groupe de travail CdP de N4 : Tirer parti des MFE pour combler les lacunes du marché du travail dans les soins de santé

Les visites sur place décrites ci-dessus ont révélé la diversité des intervenants qui jouent un rôle clé dans la voie des MFE vers un emploi optimal, notamment l'immigration, les organismes responsables des tests linguistiques et de la vérification des titres de compétence, les autorités de réglementation, les programmes de transition et le soutien de la navigation et des finances. À partir de ce processus de mobilisation, N4 a identifié et recruté des intervenants clés pour participer au Groupe de travail de la CdP. N4 a assuré que les membres représentaient non seulement une diversité de rôles le long de la voie du permis d'exercice, mais qu'ils fournissaient aussi une représentation pancanadienne. Dans la mesure du possible, N4 a demandé à des associations professionnelles nationales de représenter les voix provinciales et territoriales (p. ex., l'Association des facultés de médecine du Canada, la Fédération des ordres des médecins du Canada). Au total, plus de 20 personnes représentant 18 organisations à travers le Canada ont été recrutées au sein du groupe de travail de la CdP (voir l'annexe B pour l'ensemble des membres). Il a été demandé aux membres de s'engager à tenir huit réunions mensuelles d'une heure et demie chacune, d'août 2022 à mars 2023.

22 Cat Goodfellow, Christine Kouri et Sahar Zohni, « Une partie de moi manquante » : Rapport pancanadien sur l'autorisation des professionnels de la santé formés à l'étranger.

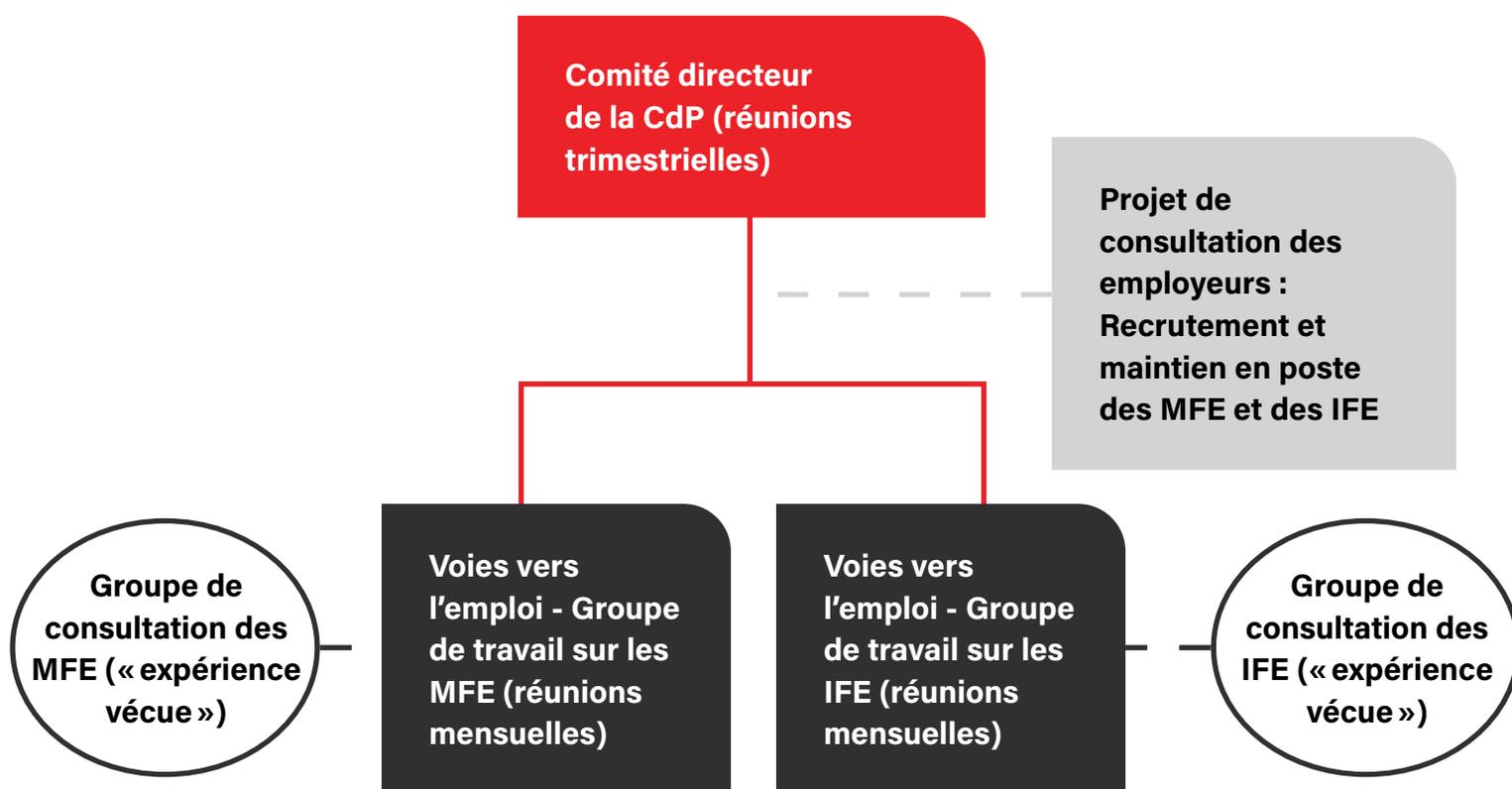


Une mobilisation de l'expérience vécue : « Rien sur nous, sans nous »

Au cours de la phase de mobilisation, N4 a entendu les intervenants ayant une expérience vécue dire que leurs points de vue n'avaient pas été valorisés pris en compte ou n'avaient pas été pris en compte dans les efforts antérieurs visant à améliorer leur cheminement vers l'obtention d'un permis d'exercice et l'emploi. Afin de promouvoir une approche co-conceptuelle du travail, N4 a assuré une représentation des IFE et des MFE dans les groupes de travail respectifs. De plus, N4 a formé des groupes de consultation composés d'IFE et de MFE vivant au Canada et qui cherchent actuellement à obtenir un

permis d'exercice. Le but de ces groupes de consultation était de fournir des commentaires sur les conclusions et les recommandations des groupes de travail. Ces espaces séparés et confidentiels leur ont permis de partager leurs expériences vécues entre pairs, sans craindre d'être identifiés par des organisations qui font passer les examens, vérifient et évaluent les titres de compétences, et déterminent si les exigences en matière de licences sont respectées. Le présent rapport contient des déclarations personnelles des membres du groupe de consultation sur les MFE et d'autres MFE inscrits à un programme d'éducation N4 pour les PSFE qui ont ouvertement partagé leurs expériences avec l'équipe de N4.

LA STRUCTURE DE LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE (CDP)



Une partie de la solution :

Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada



LES PRINCIPES DIRECTEURS

Ce groupe de travail sur les MFE de la CdP de N4 et les recommandations contenues dans le présent rapport sont guidés par les principes suivants :

1. Les normes canadiennes en matière d'accréditation des médecins et d'octroi de permis appuient la sécurité et la qualité des soins des patients.
2. Les MFE peuvent améliorer l'accès aux soins et accroître la diversité de la main-d'œuvre canadienne en soins de santé grâce à leur éducation et à leur expérience internationales précieuses.
3. Les membres apporteront des perspectives précieuses et uniques à ce travail, y compris celle des expériences vécues des MFE.

Objectifs

Le groupe de travail s'est fixé trois objectifs :

1. Développer une compréhension commune des voies actuelles pour l'immigration, le permis d'exercer et l'emploi; les principaux facilitateurs et les obstacles concernant l'emploi optimal, et l'état futur des voies souhaitées pour le MFE et des pratiques exemplaires ou prometteuses pour atteindre l'état futur souhaité
2. Établir des recommandations concrètes et applicables pour tirer parti des meilleures pratiques et des nouvelles pratiques afin d'atteindre l'état souhaité
3. Élaborer une stratégie de mobilisation des connaissances et un plan de communication pour mettre en œuvre les recommandations



Une feuille de route

L'illustration ci-dessous décrit les objectifs du groupe de travail de la communauté de pratique de N4 et donne un aperçu de haut niveau de ce qui a été accompli à l'intérieur et entre les réunions. Les outils Lean Six Sigma fondés sur les forces ont été utilisés pour faciliter les discussions des groupes de travail et appuyer l'élaboration de recommandations concrètes et applicables.

Août 2022 - Réunion de lancement

- La formation de relation entre les membres
- Un aperçu de la charte de projet, des rôles et des responsabilités des membres et de la façon dont N4 appuiera le groupe de travail
- La mise en commun des ressources, des données et des renseignements connexes aux objectifs du Groupe de travail

Septembre 2022 - Comprendre l'état actuel et une vision d'un état idéal

- Valider les obstacles clés qui empêchent les MFE d'obtenir un permis d'exercice ou un emploi optimal
- Des facteurs de succès ont été identifiés et des facilitateurs ont participé à un remue-méninges pour aboutir à quatre « états idéaux » qui amélioreraient les voies d'emploi optimal pour les MFE. Les états idéaux suivants ont fait l'objet de discussions :
 - Les MFE ont accès à des renseignements transparents, fiables et en langage clair sur le cheminement de l'immigration à l'emploi optimal
 - Le processus d'évaluation des titres de compétences est opportun, transparent et équitable

Octobre 2022 - Suite d'une vision d'un état idéal

- Des facteurs de succès ont été identifiés et des facilitateurs ont participé à un remue-méninges pour aboutir à quatre « états idéaux » qui amélioreraient les voies d'emploi optimal pour les MFE. Les états idéaux suivants ont fait l'objet de discussions :
 - Les examens et les programmes de formation requis sont clairement expliqués, financièrement accessibles et répondent aux compétences spécifiques établies par les autorités de réglementations
 - Les possibilités et les capacités d'accès équitable aux voies de pratique sont élargies (p. ex., Évaluation de la capacité à exercer [ECE], résidence)

Novembre 2022 - Élaboration de recommandations et établissement de priorités

- Fournir des commentaires sur un ensemble préliminaire de recommandations (Réactions initiales? Qu'est-ce qui manque? Considérations relatives à la mise en œuvre?)
- Prioriser les recommandations en fonction de l'impact ou de la facilité de mise en œuvre par le biais d'un sondage

Décembre 2022 - Analyse des recommandations

- Élaborer des plans d'action pour les principales recommandations formulées

Janvier 2023 - Suite de l'analyse des recommandations

- Élaborer des plans d'action pour les principales recommandations formulées

Février 2023 - Élaboration d'un plan de communication et finalisation des recommandations

- Finaliser les recommandations
- Fournir des commentaires sur le plan de communications
- Discuter du plan de mobilisation des connaissances

Mars 2023 - Terminer et faire un compte rendu

- Mettre en œuvre le plan de communications
- Conclusion et compte rendu

Une partie de la solution :

Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada



Résultats et recommandations :

Sur la base de cette méthodologie, le groupe de travail a élaboré les recommandations suivantes, fondées sur quatre états idéaux :

Les MFE ont accès à des renseignements transparents, fiables et en langage clair sur le cheminement de l'immigration à l'emploi optimal

Le processus d'évaluation des titres de compétences est opportun, transparent et équitable

Les examens et les programmes de formation requis sont clairement expliqués, financièrement accessibles et répondent aux compétences spécifiques établies par les autorités de réglementation

Les possibilités et les capacités d'accès équitable aux voies de pratique sont élargies



Une partie de la solution :

Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada



1. DES RENSEIGNEMENTS FIABLES

1.1 Créer un carrefour de renseignements centralisé, convivial et à jour pour soutenir la prise de décisions

Les MFE cherchent à obtenir des renseignements exacts sur les étapes à suivre pour obtenir le permis d'exercer, y compris les processus, le coût, le soutien financier disponible, la durée estimée et la probabilité historique de succès. Ils peuvent utiliser diverses sources officielles et informelles pour essayer de comprendre la meilleure façon de naviguer sur la voie de l'autorisation. L'exactitude et la pertinence de ces sources varient considérablement et peuvent se contredire les unes les autres. Les renseignements sur les processus d'immigration et de délivrance de permis sont isolés et difficiles à comprendre lorsqu'ils ne sont pas exprimés en langage clair et en utilisant une terminologie définie. De plus, la voie à suivre pour obtenir un permis en tant que MFE est rendue compliquée par les variations interprovinciales.

Face à la tâche de naviguer dans ce processus compliqué avec des renseignements fragmentés et peu clairs, de nombreux MFE se battent avec la confusion, les erreurs, le sous-emploi et un délai inutilement long pour obtenir un permis d'exercer.

« Si vous n'avez pas les bons renseignements, vous ne pouvez pas trouver le chemin. »

- IFE

« Nous avons besoin d'une mobilisation systémique pour dire la vérité aux gens. »

- FOURNISSEUR DE SERVICES

Établir un répertoire central de renseignements hébergé par une source faisant autorité qui aiderait les MFE à prendre des décisions éclairées et à accroître l'efficacité du processus de délivrance de permis d'exercer. À ce jour, il n'existe pas de forum national qui réunisse diverses parties prenantes pour coordonner et diffuser des renseignements à jour sur une base continue. L'approche du partage des renseignements entre les parties prenantes le long des cheminements doit être adaptable et cohérente pour suivre les changements.

L'adoption des principes suivants favorisera un plus grand accès à des renseignements transparents, fiables et en langage clair sur le parcours de l'immigration vers un emploi optimal.

La cocréation avec les MFE : Cocréer des outils et du matériel avec les MFE qui sont titulaires d'un permis et avec ceux qui n'ont pas de permis.

La terminologie : Définir la terminologie et inclure un glossaire des abréviations.

Le niveau d'alphabétisation : utiliser un langage simple.

La transparence : Inclure des statistiques sur la probabilité de réussite d'une voie existante (p. ex. pourcentage de MFE qui demandent une inscription et qui obtiennent un permis d'exercer).

L'exactitude : S'assurer que les renseignements sont à jour, exacts et montrent les choix et les voies d'accès aux renseignements avec des échéanciers réalistes.

Les navigateurs intégrés : Lorsque les renseignements sont partagés, il doit y avoir une personne-contact pour que les MFE puissent se connecter avec ceux qui comprennent les chemins et peuvent fournir un soutien.



Il n'existe actuellement aucun site Web central qui comporte des liens vers les autorités de réglementation de chaque province et territoire et qui indique les voies d'accès à l'autorisation disponibles dans chaque province et territoire. Cette ressource appuiera les MFE en affichant une vue de haut niveau des routes qui leur sont accessibles dans chaque province. Il faut inclure des liens vers les programmes de résidence, les programmes d'ECE, la Voie d'admissibilité à l'exercice par l'entremise du Collège royal des médecins et chirurgiens et le permis d'études. D'autres cheminements de carrière (comme les postes de médecins associés disponibles en Colombie-Britannique) devraient également être inclus.

Dans ce répertoire central, les MFE ont demandé un outil d'auto-évaluation qui les guiderait vers la voie qui s'harmonise le mieux à leur province de résidence, à leur spécialité et à leur pays de formation. Un tel outil contiendrait idéalement des données historiques sur les notes limites utilisées pour vérifier les candidatures, et les taux de réussite pour les étapes du processus. Ils ont également cherché à obtenir des renseignements clairs sur la chronologie des étapes et les comparaisons interprovinciales des besoins en ressources (par exemple, les tests requis, les coûts, les ententes d'échanges de services).

Le public cible : Une source faisant autorité et ayant une portée nationale qui peut réunir les parties prenantes et se tenir au courant de l'évolution constante du paysage.

Les groupes d'intérêt : L'Alberta International Medical Graduate Association (AIMGA), N4, IRCC, Emploi et Développement social Canada (ESDC), les ministères de la Santé, Santé Canada, les autorités de réglementation, les employeurs, les organismes d'aide à l'établissement, les services d'évaluation et de vérification des titres de compétence, les conseillers financés par le gouvernement, les consulats et les ambassades étrangers

La Voie d'admissibilité à l'exercice (VAE)

Les médecins qui ont terminé leur formation postdoctorale à l'extérieur du Canada et qui ont suivi trois années d'exercice dans leur spécialité (dans n'importe quelle juridiction) peuvent faire une demande pour un examen de l'exercice et de la formation d'un médecin spécialiste afin de déterminer son équivalence à la formation canadienne. La réussite de l'examen permet aux médecins de demander un permis d'exercice provincial. Après deux ans d'exercice, ils peuvent être admissibles à la certification du Collège royal.

« Il s'agit d'un problème de droits de l'homme - le fardeau social et financier qui pèse sur moi-même et sur ma famille. Nous sommes devenus des professionnels canadiens déplacés à l'étranger. »

- IMF





2. UN SOUTIEN A LA NAVIGATION POUR LES MFE

2.1 Établir ou élargir les services de navigation 1:1 financés par le gouvernement pour les MFE afin d'assurer un soutien uniforme et de haute qualité par le biais des processus d'immigration, de permis d'exercice et d'emploi dans chaque province

Les EMF déclarent avoir été recrutés dans leur pays d'origine à titre d'immigrants hautement désirés au Canada. Ils sont amenés à croire qu'ils recevront un soutien sur leur voie d'obtention de permis d'exercer après l'immigration. Cependant, après avoir réussi l'immigration, ils sont le plus souvent laissés à eux-mêmes pour naviguer la voie complexe pour obtenir un permis d'exercer, ignorant les soutiens de navigation et la façon d'y accéder.

Tout au long du processus d'immigration, les professionnels de l'établissement des organismes d'aide à l'établissement financés par IRCC exercent des fonctions clés en orientant les nouveaux arrivants vers leur collectivité, notamment en fournissant des renseignements sur le logement, l'éducation et d'autres soutiens sociaux. Malheureusement, ils peuvent avoir du mal à fournir un soutien approprié aux professionnels réglementés en ce qui concerne les cheminements d'emploi en raison de la complexité de ces voies. Les MFE sont souvent orientées vers une voie plus facile à travers les « emplois de survie » tandis qu'ils naviguent par eux-mêmes leur voie vers le permis d'exercer, ce qui entraîne un sous-emploi. Les organismes de soins de santé signalent également que les MFE ont communiqué avec eux pour obtenir du soutien à la navigation, mais qu'ils n'ont ni l'expertise ni les ressources nécessaires pour le fournir.

« Chaque cas de MFE est unique et il est essentiel d'avoir une personne-contact qui dispose de renseignements fiables sur le processus d'obtention d'un permis d'exercice et d'un emploi optimal pour réduire le nombre de MFE qui finissent par occuper des emplois qui sous-utilisent leurs compétences. »

– FOURNISSEUR DE SERVICES

DES PRATIQUES PROMETTEUSES

Partout au Canada, il existe divers modèles de conseillers financés par le gouvernement :

Health Match BC : Health Match BC est un service gratuit de recrutement de professionnels de la santé financé par le gouvernement de la Colombie-Britannique. Les services sont gratuits.

Centre d'accès à la santé pour les PSFE : Le Centre d'accès pour les professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE) offre des programmes et des services aux PSFE afin de les aider à s'intégrer au système de soins de santé de l'Ontario dans le but principal de les aider à devenir formés, titulaires de permis et employés dans leur profession ou une carrière alternative.

Service de navigation des IFE du Nouveau-Brunswick : Service de navigation des IFE du Nouveau-Brunswick, Le service d'orientation pour les IFE du Nouveau-Brunswick, conçu spécialement pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger (IFE), offre une aide personnalisée et axée sur le client, sans frais pour le candidat. Le service travaille avec chaque candidat, en l'aidant à relever les défis clés qu'il pourrait rencontrer au cours du processus de délivrance de permis d'exercer. Ce modèle pourrait être adapté aux MFE.

Des investissements suffisants sont nécessaires pour mettre en œuvre et ajouter des capacités à ces modèles. De plus, il doit y avoir des normes pancanadiennes pour promouvoir l'équité dans l'ensemble du Canada pour que les MFE puissent y avoir accès.



La situation de chaque MFE est unique. Le statut d'immigrant, le pays d'éducation, les années écoulées depuis l'obtention du diplôme, les années d'expérience, les compétences linguistiques, la province et le territoire de résidence, le statut d'emploi souhaité et les finances jouent tous un rôle. Par conséquent, le soutien à la navigation pour les MFE est mieux fourni par ceux qui ont une expertise dans l'ensemble de la voie vers un emploi optimal. Il faut pour cela établir des partenariats solides avec les autorités de réglementation ainsi qu'avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, afin de se tenir au courant de l'évolution constante des incitatifs et des programmes en matière de permis d'exercice. La collaboration avec les organismes d'établissement complète l'appui direct dont les MFE ont besoin pour réussir. Les personnes qui ont accès à l'appui de la navigation 1:1 financé par la province ont indiqué qu'elles

réussissaient mieux et qu'elles étaient plus efficaces dans leurs cheminements vers un emploi optimal.

La création d'un forum national pour les navigateurs et les conseillers provinciaux favoriserait l'uniformité et les pratiques exemplaires pancanadiennes. Il n'existe actuellement aucun forum qui réunisse ceux qui fournissent un appui de navigation 1:1 aux MFE. Une communauté nationale de pratique à l'intention des conseillers favoriserait la connexion, l'apprentissage et la collaboration. Dans le cadre d'un tel réseau, il faudrait élaborer des normes uniformes pour les conseillers ou les navigateurs financés par le gouvernement afin d'assurer l'uniformité de la prestation des services dans les provinces.

Le public cible : Les ministères de la Santé

Les groupes d'intérêts : IRCC

2.2 Établir ou étendre des voies de référence aux services de navigation des MFE

On ne devrait pas s'attendre à ce que les MFE localisent et accèdent par eux-mêmes à l'appui de navigation provincial des MFE. IRCC devrait mettre en œuvre un transfert souple vers un appui à la navigation pour ceux qui s'identifient comme étant des MFE dans les flux d'immigrants ou de réfugiés économiques. Bien qu'il existe d'autres voies d'immigration utilisées par les MFE pour entrer au Canada (p. ex. parrainage familial, statut de réfugié ou d'évacué), celles-ci sont plus rares parmi les MFE. Un flux de travail standard à l'immigration pour un transfert vers un appui à la navigation représente une stratégie très efficace pour améliorer les voies d'accès à l'emploi.

L'**AIMGA** est actuellement financée dans le cadre de l'initiative d'amélioration de la prestation de services (APS) de l'IRCC afin de mettre en place des voies d'aiguillage vers l'appui de navigation pour les MFE.

les employeurs de soins de santé recrutent des MFE ou peuvent également être contactés par des MFE qui demandent un permis d'exercice. Tout dernièrement, les directions locales du Ukrainian Canadian Congress ont appuyé celles qui ont une autorisation de voyage d'urgence Canada-Ukraine (AVUCU).

Le public cible : IRCC, les organismes qui fournissent un appui à la navigation

Les groupes d'intérêt : Les organismes d'établissement, physicians Apply.ca, les autorités de réglementation, les employeurs, l'appui social informel pour les nouveaux arrivants, les consulats

« Si j'avais été au courant du processus de devenir médecin au Canada, je ne serais pas venu. »

- MFE

La communication au sujet de l'appui à la navigation des provinces et des territoires concernant les MFE doit viser la diversité des intervenants qui pourraient orienter les MFE vers eux. Les intervenants et les organisations communautaires devraient également être sensibilisés aux appuis à la navigation auxquels ils peuvent orienter leurs clients. Comme nous l'avons mentionné précédemment,



3. POLITIQUE PANCANADIENNE DE RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

3.1 Établir une stratégie pancanadienne en matière de données pour mieux comprendre les écarts en matière de marché du travail dans l'ensemble des provinces et territoires

L'absence de collecte, d'accès, de partage et d'utilisation des données sur les effectifs du secteur de la santé et d'une stratégie pancanadienne subséquente en matière de ressources humaines en santé a été soulignée dans le Rapport de 2023 de la Chambre des communes du Comité permanent de la santé visant à résoudre la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada.²³ Contrairement à de nombreux autres professionnels de la santé réglementés, les médecins disposent d'une source potentielle de données qui appuieraient ces efforts. Les personnes qui entrent dans le système d'éducation ou de pratique médicale canadienne, y compris les MFE qui cherchent à obtenir un permis d'exercice, se voient attribuer un numéro d'identification médicale canadien unique (NIMC) par le Conseil médical du Canada (CMC). Ces données pourraient être exploitées pour mieux comprendre le nombre de médecins, de spécialistes et de sous-spécialistes dans l'ensemble des provinces et territoires, ainsi que de MFE qui n'ont pas encore obtenu de permis d'exercice. On pourrait ensuite comparer l'utilisation des données de NIMC aux projections de besoins futurs de médecins afin de mieux comprendre les lacunes du marché du travail concernant les médecins et la possibilité que les MFE qui sont actuellement au Canada combler ces lacunes. Les premières étapes de ce travail sont en cours au CMC.²⁴

Le Réseau canadien des effectifs du secteur de la santé comprend un sous-groupe formé de plusieurs intervenants en matière de données qui travaillent à l'établissement de normes minimales de données pour la planification de l'effectif. Le fait d'avoir ces renseignements accessibles au public (voir la recommandation 1) permettrait aux MFE de faire des choix éclairés en alignant leurs compétences sur les lacunes du marché du travail et de suivre une voie pour répondre aux besoins des médecins canadiens. Par exemple, il y a de nombreux sous-spécialistes qui immigreront au Canada, alors que la plus grande lacune est la disponibilité des médecins de famille. Idéalement, les MFE seraient au courant de cela, ainsi que d'une voie d'accès pour poursuivre une carrière de médecin de famille.

Le public cible : Le Réseau canadien des effectifs du secteur de la santé, le CMC, le Groupe de travail du Forum médical canadien sur la planification des ressources de médecins

Les groupes d'intérêt : IRCC, les appuis à la navigation

La situation idéale : Les processus d'évaluation de la langue et des titres de compétence sont opportuns, transparents et équitables

²³ Sean Casey, « Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé. »

²⁴ Maureen Topps, Le Conseil médical du Canada reçoit du financement pour la mise en place de la première base de données nationale intégrée sur les médecins du Canada | Conseil médical du Canada.



4. TESTS DE COMPÉTENCES LINGUISTIQUES

4.1 Aligner les exigences relatives aux tests de compétence linguistique et les exemptions sur la voie de l'immigration à l'obtention d'un permis d'exercice

La compréhension et le respect des exigences variées des tests de compétence linguistique constituent un obstacle bien documenté pour les MFE. Les MFE qui entrent au Canada dans le cadre du programme des travailleurs qualifiés (Entrée express) doivent passer un test de langue approuvé par IRCC, comme le Canadian English Language Proficiency Index Program (CELPIP) ou le International English Language Testing System (IELTS). La version académique de l'IELTS a été jugée excessive, non spécifique et, dans certains cas, incohérente et injuste.²⁵ Souvent, ce n'est qu'après avoir immigré et demandé un permis d'exercice que les MFE réalisent qu'ils doivent passer d'autres examens de langue pour obtenir un permis. Les tests linguistiques qui sont acceptés varient selon la province. Le fait d'avoir une seule liste commune d'examens de compétence linguistique acceptables pour les MFE, et qui répondraient à la fois aux exigences d'IRCC et du permis d'exercer des provinces et territoires, améliorerait l'efficacité et réduirait les coûts pour les MFE. Cette recommandation s'harmonise avec la disponibilité de ces tests virtuellement et avant l'arrivée au Canada. Un pas dans la bonne direction pourrait être le nouveau test professionnel virtuel de langue de Pearson qui a été annoncé comme étant approuvé par IRCC et qui sera mis en œuvre d'ici la fin de 2023.²⁶

La capacité de communiquer efficacement est systématiquement reconnue comme étant un facteur important de la sécurité des patients. Malheureusement, il y a un manque d'uniformité dans la façon dont les MFE doivent démontrer leur capacité dans une langue officielle. Les tests requis, les notes acceptables et les critères d'exemption varient selon les autorités de réglementation provinciales et territoriales. Les exemptions de l'examen linguistique peuvent comprendre le montant d'anglais inclus dans l'enseignement de l'école de médecine et le pays où ils ont dispensé des soins aux patients en anglais. Les demandes de résidence médicale et de tests nécessitent également une compétence linguistique, mais encore une fois les tests, les notes minimums et les exemptions varient. Un processus harmonisé comportant un test et une note minimum acceptés et des critères d'exemption uniformes serait plus efficace et plus rentable.

Le public cible : IRCC, la Fédération des ordres des médecins du Canada (FOMC), les autorités de réglementation, les collèges et les universités avec des programmes de transition

Les groupes d'intérêt : Les organismes d'établissement, l'appui à la navigation

4.2 Reconsidérer la durée de validité d'un test linguistique pour les MFE vivant au Canada

Les entreprises qui font passer les tests de compétence linguistique peuvent suggérer des périodes de validité pour les tests linguistiques en fonction de la perte ou de la diminution de la langue seconde. Toutefois, c'est aux organismes qui acceptent les examens linguistiques (p. ex., les autorités de réglementation, les collèges, les universités) de déterminer la durée de validité du test. Souvent, la période de validité d'un examen linguistique est de deux ans. N4 n'a pas pu trouver de conclusions probantes à l'appui d'une période de validité de deux ans, en particulier pour les personnes qui vivent dans un pays dans la langue officielle duquel, ils ont passé le test. En ce qui concerne les MFE, la période de validité signifie qu'ils peuvent avoir besoin de repasser les mêmes tests plusieurs fois durant leur cheminement vers un permis d'exercer, car leurs résultats sont considérés comme ayant expiré.

Par conséquent, il est recommandé que les organisations qui acceptent des tests linguistiques reconsidèrent toute période de validité. L'acceptation des tests de compétence linguistique en tant qu'exigence « une fois pour toutes » pour les MFE vivant au Canada créera de l'efficacité et éliminera les pressions concernant le coût et le temps sur le cheminement du permis d'exercer.

Le public cible : Les autorités de réglementation, les organismes universitaires (collèges/universités)

Les groupes d'intérêt : Les organismes d'établissement, l'appui à la navigation

23 Sean Casey, « Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé. »

24 Maureen Topps, Le Conseil médical du Canada reçoit du financement pour la mise en place de la première base de données nationale intégrée sur les médecins du Canada | Conseil médical du Canada.



5. RECONNAISSANCE DES PERMIS

5.1 Reconnaître les permis des juridictions approuvées

Le Collège royal et le Collège des médecins de famille du Canada déterminent quels MFE ont une équivalence des titres de compétence. Chaque organisme a établi une liste de compétences approuvées à partir desquelles il reconnaîtra que la formation d'un MFE est équivalente à celle du Canada. Ce processus ne porte que sur la juridiction en matière de formation d'un MFE, mais ne tient pas compte de la juridiction d'un MFE en matière de permis d'exercice ou d'années d'exercice médical. Bien que le pays dans lequel une MFE a terminé sa formation médicale ne figure pas dans la liste des pays approuvés, il peut avoir un permis et une expérience importante de ces mêmes pays approuvés lorsqu'il immigré au Canada. Par exemple, alors qu'un médecin formé en Australie serait admissible à cette voie, un médecin formé au Nigéria qui est titulaire d'un permis et travaille en Australie ne le serait pas.

Dans les juridictions où la formation médicale est conçue pour répondre aux exigences canadiennes en matière de permis d'exercice, les autorités de réglementation qui ont délivré des permis devraient être considérées comme des conseillers de confiance. Les personnes ayant obtenu un permis dans ces pays devraient être considérées comme ayant une équivalence avec les normes canadiennes. Le Collège royal et le Collège des médecins de famille du Canada devraient modifier leurs critères de compétence approuvés afin d'y inclure le permis d'exercer en vigueur.

Le public cible : Le Collège royal des médecins et chirurgiens, le Collège des médecins de famille du Canada

Les groupes d'intérêts : Les autorités réglementaires

5.2 Créer un permis pancanadien

« Le public canadien mérite la meilleure qualité de soins de santé. Cela comprend l'accès aux soins de santé, sans cela, nous ne servons pas bien la population canadienne. »

- MFE

À mesure que les pressions de la crise des RHS se sont accrues, le nombre de changements apportés par les ministères de la Santé et les autorités de réglementation des médecins au moment où ils tentent d'éliminer les obstacles qui empêchent les PTI d'obtenir un permis d'exercice a augmenté. Il en résulte un paysage changeant, varié et complexe d'exigences en matière de permis d'exercice pour la navigation des PTI. En plus de créer de la confusion pour les PTI, il y a la migration interprovinciale des PTI qui cherchent à aligner leur situation unique sur une province dont la voie d'autorisation semble la plus

efficace. Leur mobilité ne correspond pas au maintien du PTI dans cette province, et compte tenu des retards dans le transfert de permis d'exercice entre les provinces, cette mobilité crée un autre écart d'emploi pour les PTI. Une voie nationale fondée sur des données probantes pour permettre l'obtention d'une licence pour les PTI favorise une mobilité équitable de la main-d'œuvre. L'Association médicale canadienne a plaidé en faveur d'un permis national²⁷. L'existence du CMI est un facilitateur reconnu de ce processus en fournissant un identificateur unique pour chaque médecin. Une collaboration étroite entre le gouvernement provincial et les autorités de réglementation est essentielle à la mise en œuvre de cette recommandation.

Le public cible : L'Association médicale canadienne (AMC), Santé Canada, la FOMC, les autorités de réglementation, les ministères de la Santé

Les groupes d'intérêts : Le MCC

²⁷ <https://www.cma.ca/fr/nos-objectifs-prioritaires/permis-dexercice-pancanadien>



6. L'ACTUALISATION DE L'EXERCICE

6.1 Identifier les possibilités rémunérées dans chaque province, reconnues par les autorités de réglementation, qui appuient les MFE pour maintenir une monnaie de pratique

Afin d'obtenir une place dans un programme d'ECE, les MFE signalent qu'ils offrent du bénévolat dans le cadre de programmes de préceptorat où ils fournissent des soins directs aux patients, mais comme ils ne sont pas titulaires d'un permis indépendant, ces soins ne comptent pas quant aux exigences de récence de pratique nécessaires pour obtenir un permis d'exercice. Toutefois, les MFE rencontrent des difficultés à acquérir cette expérience, car il y a peu de possibilités d'exercer dans un milieu de soins de santé au Canada, à moins qu'ils ne soient enregistrés en tant que professionnels de la santé réglementés. Par conséquent, les MFE retournent souvent dans leur pays d'octroi de permis pour maintenir ce permis et maintenir leur récence de pratique afin de satisfaire aux exigences du permis canadien. Ils subissent d'importants coûts personnels et financiers lorsqu'ils laissent leur famille au Canada pour exercer 3 mois ailleurs.

Deuxièmement, l'expérience de l'exercice dans un milieu médical canadien est précieuse et peut renforcer les applications aux programmes de résidence.

Le public cible : Les ministères de la Santé, les autorités de réglementation, la FOMC, les programmes d'ECE

Les groupes d'intérêt : Les employeurs en soins de santé

« J'ai présenté une demande pour être un aide-soignant et je n'ai pas été accepté parce que je n'avais pas d'expérience canadienne. »

- MFE

DES PRATIQUES PROMETTEUSES

Les Services de santé de l'Alberta offrent des postes d'**adjoint clinique** pour lesquels les MFE peuvent présenter une demande s'ils satisfont à certains critères d'admissibilité. Un adjoint clinique ou un chirurgical agit à titre de fournisseur de niveau intermédiaire sous la supervision et la direction d'un ou de plusieurs médecin(s) superviseur(s) pour assurer la couverture des soins aigus dans divers services médicaux. Ces rôles sont rémunérés et peuvent aider les MFE à obtenir une récence de pratique dans un milieu médical canadien.



6.2 Des exigences de récence de pratique fondées sur la recherche

Pour les MFE, les exigences relatives à la récence de pratique devraient être alignées sur les exigences applicables aux médecins canadiens qui reviennent à la pratique après une interruption de carrière. Comme dans le cas des médecins canadiens, il devrait y avoir une compréhension claire de ce que les activités et le développement personnel comptent pour le maintien en pratique, et lorsque des heures supplémentaires de pratique ou de formation sont nécessaires. Les MFE devraient être en mesure d'établir une feuille de route pour le maintien ou le rétablissement de la récence de pratique et de comprendre pourquoi ces exigences sont en place sur la base des données disponibles sur la pratique sécuritaire.

Le public cible : Les autorités de réglementation

Les groupes d'intérêt : Les employeurs en soins de santé, les facultés de médecine

La situation idéale : Il existe de plus grandes possibilités et une capacité accrue d'accès équitable aux voies d'exercice.

« Je retourne dans mon pays de formation trois mois par an pour maintenir ma récence de pratique. Cela coûte cher et veut dire que je dois m'éloigner de ma famille au Canada. Pendant que je suis là-bas, il y a des Canadiens parmi mes patients, néanmoins, je ne peux pas exercer au Canada. »

- MFE



7. LA VOIE DE MILIEU DE CARRIÈRE

7.1 Convoquer les parties prenantes pour examiner les possibilités d'octroi de licences aux MFE en milieu de carrière qui vivent au Canada et qui ont des années d'expérience dans un environnement de santé international

Pour les MFE en milieu de carrière qui entrent au Canada, la voie de résidence est redondante, coûteuse et longue. Il faudrait plutôt élaborer une voie qui valide les études et l'expérience antérieures et qui accélère l'entrée en exercice des MFE au Canada. Dans la mesure du possible, les MFE en milieu de carrière devraient être en mesure de tirer parti de leur expérience dans leur spécialité ou sous-spécialité choisie, au lieu d'être dirigés vers un programme de résidence ou vers la médecine familiale. Cette voie pourrait ressembler à une ECE modifiée ou à une évaluation des compétences cliniques, elle pourrait intégrer des accords de reconnaissance mutuelle avec d'autres pays et définirait clairement le terme « milieu de carrière » en termes d'années de pratique. Les parties prenantes concernées devraient être convoquées pour examiner ce à quoi pourraient ressembler ces voies.

Le public cible : Les autorités de réglementation, les facultés de médecine, les employeurs en soins de santé, les ministères de la Santé, Le Collège royal des médecins et chirurgiens, Le Collège des médecins de famille et chirurgiens



8. DES PROGRAMMES D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'EXERCER

8.1 Établir un programme d'ECE dans toutes les juridictions canadiennes

Au moment de la rédaction du présent document, sept provinces offrent des programmes d'ECE. L'Ontario, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, le Nunavut et les territoires n'en offrent pas, bien que le gouvernement de l'Ontario ait annoncé son intention d'établir un programme d'ECE d'ici la fin de 2023.²⁸ D'autres provinces et territoires devraient également s'efforcer d'établir un programme d'ECE, ce qui offrirait aux MFE des occasions pancanadiennes d'être évalués et de travailler dans des domaines qui ont énormément besoin d'eux. Il est à noter que l'absence d'ECE incite les MFE à demander un permis d'exercice en faisant une demande de renouvellement de leur résidence médicale. Cette situation a entraîné une formation superflue pour les MFE et mis des pressions sur le programme de jumelage des résidences.

Le public cible : Les ministères de la Santé

Les Groupes d'intérêt : Les autorités de réglementation, les facultés de médecine

8.2 Explorer des stratégies pour accroître le nombre d'évaluateurs pour effectuer les ECE

L'expansion du programme d'ECE est actuellement entravée par un manque présumé d'évaluateurs qualifiés (en raison de la crise des RHS). On part également du principe que l'augmentation du nombre de places disponibles pour des ECE entraînerait un déficit de médecins pour superviser les résidents s'il y avait une augmentation importante du besoin d'évaluateurs dans les ECE. Toutefois, les évaluateurs d'ECE ont un engagement plus court concernant l'évaluation (12 semaines) et exercent une fonction différente de celle des médecins qui sont membres du personnel et qui supervisent des équipes de jeunes résidents et de résidents plus âgés pendant des périodes beaucoup plus longues. Les évaluateurs d'ECE pourraient donc être choisis parmi ceux qui souhaitent un engagement moins intensif et moins long, comme des médecins qui ont pris récemment leur retraite ou

qui sont en fin de carrière, ou des MFE qui ont un permis et qui souhaitent appuyer ceux qui poursuivent le même chemin vers l'obtention d'un permis d'exercice. Dans le domaine des soins infirmiers, certaines institutions ont réussi à recruter des précepteurs pour une voie de pratique supervisée auprès d'un bassin d'infirmières et d'infirmiers qui ont de l'expérience, mais qui ont besoin d'une interruption de l'intensité du travail exclusif de première ligne.

Le public cible : Les programmes d'ECE du CMC, les ministères de la Santé

Les groupes d'intérêt : l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC), l'institut Touchstone, l'AIMGA, la AMC

8.3 Affecter des ressources supplémentaires à la rémunération des évaluateurs

Pour augmenter les places dans les ECE, il faudra augmenter le nombre d'évaluateurs et, avec ces ressources, les appuyer, ce qui comprend le recrutement, l'orientation, la rémunération et le soutien continu. Ce financement est conforme aux priorités établies pour le financement fédéral, et les provinces devraient envisager d'aligner les demandes de financement

sur les sources de financement fédérales.

Le public cible : Les ministères de la Santé, l'EDSC, Santé Canada

Les groupes d'intérêt : L'institut Touchstone, l'AIMGA

UNE PRATIQUE PROMETTEUSE

Les programmes d'évaluation de la capacité d'exercer (ECE) de la Collaboration nationale en matière d'évaluation sont offerts dans sept provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Québec, Terre-Neuve-et-Labrador et Nouvelle-Écosse) du Canada comme moyen d'obtenir un permis d'exercice pour les MFE qui ont déjà terminé leur résidence et pratiqué indépendamment à l'étranger. Ces programmes offrent une évaluation clinique sur le terrain sur une période de 12 semaines. Une fois terminé, les candidats reçus doivent effectuer une obligation de service dans une région rurale de la province qui les a évalués.

L'évaluation de la capacité à exercer (ECE)

Un programme d'évaluation pratique où les candidats travaillent sous la supervision d'un médecin autorisé et sont évalués sur une période de 12 semaines afin de s'assurer que les DIM/MFE possèdent les compétences et les connaissances cliniques appropriées pour fournir des soins de qualité et sûrs aux patients du Canada.

28 <https://www.ontario.ca/fr/page/votre-sante-plan-pour-des-soins-interconnectes-et-commod>



8.4 Élargir les programmes d'ECE afin d'y inclure des spécialités et des sous-spécialités (en dehors des médecins de famille) et élargir la portée des normes du CMC pour les APR afin d'y inclure des spécialistes et des sous-spécialistes

Les MFE possédant une expertise en dehors de la médecine familiale pourraient être mobilisés rapidement et efficacement grâce à des programmes d'ECE conçus pour d'autres spécialités et sous-spécialités. Des programmes communs pour des spécialités plus grandes comme la médecine interne permettraient aux MFE d'utiliser leur formation similaire antérieure, au Canada. Le Conseil médical du Canada pourrait élargir sa portée de normes en conséquence pour permettre cette mesure. L'Alberta

et le Manitoba ont mis en œuvre des programmes d'ECE à l'intention des spécialistes, et d'autres provinces sont encouragées à faire pareil.

Le public cible : Le CMC, le Collège royal des médecins et chirurgiens, l'AFMC, le programme collaboratif d'ECE

Les groupes d'intérêt : Le Collège des médecins de famille du Canada

8.5 Offrir l'accès gratuit à une orientation vers le contexte canadien des soins de santé à tous les candidats à l'EPR

De nombreux modules de formation existent actuellement pour aider les MFE à comprendre le contexte canadien des soins de santé et comprennent des sujets tels que la communication, le consentement, la protection des renseignements personnels, la législation, la santé autochtone et le système de soins de santé canadien. Des modules de formation de haute qualité ont été élaborés par un éventail d'intervenants et ont fait l'objet de commentaires positifs de la part des MFE pour les préparer à l'aide de compétences non cliniques qui font partie de leur processus d'évaluation d'ECE. Toutefois, il n'existe pas suffisamment de programmes pour permettre l'accès de tous les MFE qui immigreront au Canada. Il est recommandé d'avoir un seul cours ou un seul programme sur le contexte canadien des soins de santé, et d'avoir suffisamment de places pour tous les MFE qui ont l'intention de poursuivre l'obtention d'un permis d'exercice.

Le public cible : Le CMC, le programme collaboratif d'ECE

Les groupes d'intérêt : Les organismes d'établissement, ceux qui ont des ressources d'orientation existantes (p. ex. l'Institut Touchstone, le CMC)

DES PRATIQUES PROMETTEUSES

Le Programme Orientation, compétence en matière de communication et de culture : Ce programme a été créé grâce à un financement reçu de Santé Canada et à l'apport des programmes d'évaluation de la capacité d'exercer (ECE). Par exemple, le module de soins virtuels empreints de compassion explore comment les soins virtuels peuvent à la fois appuyer et remettre en question le concept de soins compatissants, qui est enraciné dans la notion fondamentale que le patient et le médecin sont des êtres humains à part entière dans leurs interactions.

Le British Columbia Physician Integration Program (BC-PIP) vise à faciliter la transition réussie des diplômés internationaux en médecine (DIM) admissibles à la pratique du registre provisoire au permis d'exercice complet pour pratiquer la médecine en Colombie-Britannique (C.-B.). Le College of Physicians and Surgeons of BC (CPSBC) exige que tous les DIM titulaires d'un permis provisoire qui sont nouveaux à exercer en Colombie-Britannique achèvent le programme dans les huit mois suivant la date à laquelle ils ont obtenu leur inscription.

L'Immigrant Services Association of Nova Scotia (ISANS) offre un programme de transition pour les DIM. Ce programme offre des groupes d'études facilités pour appuyer les préparatifs pour la partie 1 de l'examen d'admission du CMC, ainsi que des programmes d'examen des compétences cliniques sur place et en ligne.

Le College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia a récemment annoncé le programme **Welcome Collaborative**. Il s'agit d'un nouveau programme d'orientation conçu pour aider les médecins qui ont reçu une formation à l'extérieur du Canada et à qui on a délivré un permis avec une période déterminée, à s'intégrer avec succès au système de santé de la Nouvelle-Écosse.



8.6 Poursuite de l'examen de la suppression de l'exigence de la partie 1 de l'examen du CMC des critères d'admissibilité à l'ECE

La partie 1 de l'examen d'admission du Conseil médical du Canada (EACMC 1) évalue les connaissances médicales générales et la capacité de décision clinique des candidats à un niveau attendu d'un étudiant en médecine à l'obtention du diplôme. Le programme d'ECE est destiné aux MFE qui ont terminé leur résidence, qui ont un permis d'exercice étranger et qui ont une expérience clinique spécialisée. L'EACMC 1 a été critiqué par les MFE pour son manque d'alignement sur leur niveau de compétence et la présomption sous-jacente d'incapacité des MFE. D'autre part, bien qu'une étude de 2013 n'ait pas trouvé les notes de l'EACMC 1 comme étant prédictives de la partie orale de l'examen de certification en médecine familiale (obligatoire après l'examen d'ECE pour devenir médecin de famille au Canada), elles étaient prédictives de la réussite de la partie à réponse courte de ce test (tout comme l'étaient le sexe féminin et l'âge plus jeune). Il a donc été recommandé que les programmes d'ECE incluent ces notes parmi celles que le Conseil utilise pour sélectionner les meilleurs candidats pour une ECE alignée sur la médecine familiale.

En mars 2023, le College of Physicians and Surgeons of Manitoba a choisi d'accélérer l'entrée dans son programme d'ECE en supprimant le EACMC 1 comme condition d'entrée.²⁹ Maintenant, les candidats retenus qui reçoivent leur permis provisoire auront cinq ans pour terminer une inscription complète, y compris pour réussir l'EACMC 1.³⁰

L'Examen d'admission du Conseil médical du Canada - Partie 1 (EA1 ou EACMC - Partie 1)

Un examen sommatif qui évalue les connaissances médicales essentielles et la capacité de décision clinique d'un candidat à un niveau attendu d'un étudiant en médecine qui termine son diplôme en médecine au Canada.

Il est recommandé que l'on discute en profondeur de l'inclusion de l'EACMC 1 comme outil de présélection pour les candidats à l'ECE et qu'il y ait une harmonisation des processus fondée sur des données probantes parmi les programmes d'ECE.

Le public cible : Le programme collaboratif d'ECE, les autorités de réglementation

Les groupes d'intérêt : Le CMC, les ministères de la Santé

29 College of Physicians & Surgeons of Manitoba, "Eliminating Exam Requirement Removes Major Barrier for International Medical Graduates Seeking to Practice in Manitoba" (Anglais seulement).

30 College of Physicians & Surgeons of Manitoba, virtual meeting with National Newcomer Navigation Network, 13th April 2023. (Anglais seulement)



9. LES CONTRATS D'ENTENTE D'OBLIGATION DE SERVICE POSTDOCTORAL

9.1 Supprimer les ententes d'obligation de service postdoctoral (OSP) obligatoires pour les MFE et étendre tous les programmes et les incitatifs volontaires aux diplômés canadiens en médecine (DCM) et aux MFE

Les MFE doivent actuellement offrir un certain nombre d'années (entre 1 et 5 selon la province) après avoir participé à une ECE ou à un programme de résidence. En effet, le programme d'ECE a été initialement conçu, en partie, pour accroître le nombre de médecins de famille des collectivités rurales et éloignées. Bien qu'elles soient considérées comme étant un emploi garanti, les exigences obligatoires en matière d'OSP créent une iniquité pour les MFE. Les DCM n'ont aucune obligation de service postdoctoral, même si les deux groupes de médecins sont canadiens. Si une OSP n'a pas été réalisée, cela entraîne des amendes coûteuses au MFE. La réalisation d'une OSP entraîne des coûts de déménagement, des difficultés pour l'emploi des conjoints et un isolement culturel accru. La Cour suprême de la C.-B. examine actuellement une poursuite intentée contre la province, faisant valoir que de tels accords sont signés sous contrainte et constituent une violation de la Loi canadienne sur les droits de la personne qui garantit aux Canadiens le droit à la mobilité à l'intérieur du pays.³¹

Il existe des accords volontaires concernant les OSP qui incitent les DCM à terminer des résidences dans des collectivités plus rurales, y compris l'allègement des prêts, les subventions, la rémunération incitative et les primes de signature.³² Une approche équitable garantirait que les possibilités d'OSP soient facultatives et ouvertes aux MFE et aux DCM. Il existe plusieurs programmes incitatifs pour encourager les médecins canadiens à pratiquer dans les domaines où il y a de grands besoins. Par exemple, si la communauté dans laquelle travaille un médecin a un indice de ruralité et que celui-ci envisage d'y établir un cabinet, il est admissible à plusieurs incitatifs.³³ De concert avec la recommandation ci-dessus, ces programmes volontaires pourraient être élargis pour inclure les MFE.

Le public cible : Les ministères de la Santé

Les groupes d'intérêts : Le Service canadien de jumelage des résidents (SCJR)

L'obligation de service postdoctoral (OSP)

Une entente qui oblige les médecins à pratiquer la médecine dans une région géographique donnée pendant une période déterminée en échange de l'accès à un programme financé par la province, comme la résidence ou les ECE.

Les Diplômés canadiens en médecine (DMC)

Les citoyens canadiens ou résidents permanents qui ont terminé leurs études de médecine dans une université canadienne.

« Les MFE sont souvent envoyés dans des zones rurales et éloignées, où nous nous sentons comme des étrangers. »

- MFE

31 Daphne Bramham, "B.C. Fights to Maintain the Barriers That Keep Foreign-Trained Doctors from Working." (Anglais seulement)

32 DM Investis, « Les programmes de recrutement et de rétention des médecins sont-ils appropriés pour vous? »

33 Le ministère de la Santé et des soins de longue durée, le Gouvernement de l'Ontario. « Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales de ProfessionsSantéOntario - Prestation des programmes de santé du Nord - Professionnels en soins de santé - MSSLD. »



10. EXAMENS

10.1 Accroître la transparence des limites de de l'EACMC 1 du CMC appliquée par les comités de sélection aux programmes de résidence et d'ECE de la CNE

« Le chemin vers l'obtention d'un permis et l'exercice n'est pas facile. Il y a beaucoup de renseignements et d'idées trompeurs. »

- MFE

Pour être admis à un programme de résidence médicale, les étudiants en médecine et les MFE doivent se soumettre à la partie 1 de l'examen d'admission du Conseil médical du Canada (EACMC 1). À l'exception du Manitoba, les MFE doivent également compléter l'EACMC 1 dans le cadre du processus d'évaluation de la capacité d'exercer (ECE) que certaines provinces offrent comme voie d'autorisation après une évaluation de 12 semaines. Des notes minimums ou des « notes limites de passage » sont utilisées pour déterminer quels MFE seront choisis pour aller de l'avant dans le processus de résidence ou d'ECE. Par conséquent, les MFE n'ont aucun moyen de comprendre si, d'après leur note d'EACMC 1, la poursuite d'une résidence ou d'une voie d'obtention d'un permis d'exercer est réalisable. Il n'est pas non plus clair pour les candidats que l'importance des résultats de l'EACMC 1 soit un élément de leur demande

globale; les comités évaluent également l'expérience, le rendement des entrevues, etc.

Ce manque de transparence n'est pas un obstacle nouvellement identifié. Le rapport final de Best Practices in Applications & Selection (BPAS) de l'Université de Toronto, en 2013, énonce les principes et les recommandations visant à assurer que le choix des candidats à la résidence répondra le mieux aux besoins de la population. Le rapport contient un certain nombre de recommandations visant à accroître l'objectivité, la transparence et l'équité des processus de sélection des MFE.³⁴ Le rapport a été approuvé par l'AFMC en 2019 et il y eu un appel aux facultés pour qu'elles mettent en œuvre ses recommandations.³⁵ En raison de la pandémie, ce travail n'a pas été entrepris, mais demeure pertinent et il est recommandé à l'appui de ces recommandations (ainsi que 6.3 et 6.4 ci-dessous).

Le public cible : Le CaRMS, l'AFMC, les collèges de réglementation de chaque province, les programmes universitaires, le programme collaboratif d'ECE, les facultés de médecine

Les groupes d'intérêt : Le Conseil médical du Canada

10.2 Fournir une rétroaction aux participants qui ont échoué l'Examen clinique objectif structuré (ECOS) de la CNE sur les parties nécessitant une amélioration

Les MFE doivent réussir l'examen clinique objectif structuré (ECOS) de la Collaboration nationale en matière d'évaluation, administré par le CMC, afin d'évaluer leur degré de préparation à l'entrée en résidence médicale. Ce test est offert deux fois par an et comprend 10 simulations d'évaluations cliniques sur une journée. La rétroaction aux candidats est fournie par l'entremise d'un énoncé des résultats (indiquant le résultat de la réussite/de l'échec et la note qui aurait été requise pour réussir) et d'un rapport de renseignements supplémentaires (notes partielles pour chaque section et un affichage graphique de la comparaison avec d'autres candidats). La rétroaction n'indique pas les éléments de notation. On ne dit pas aux MFE si le résultat de l'échec est attribuable à leur style de communication, à un manque de compréhension du contexte canadien des soins de santé ou à un manque de connaissances cliniques. La rétroaction permettrait d'accroître la transparence et de permettre aux MFE de s'efforcer d'améliorer les points

faibles identifiés et de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne la présentation d'une nouvelle candidature.

Le public cible : Le Conseil médical du Canada

Les groupes d'intérêt : Les autorités de réglementation de chaque province

La Collaboration nationale en matière d'évaluation – Un examen clinique objectif structuré (l'ECOS de la CNE)

Un examen clinique d'une journée qui évalue l'aptitude à participer à un programme de résidence au Canada. Il s'agit d'un examen national normalisé qui met à l'épreuve les connaissances, les compétences et les attitudes essentielles à l'entrée dans la formation postdoctorale au Canada.

34 Études médicales postdoctorales, "Meilleures pratiques en matière de demandes et de sélection : rapport final".

35 CaRMS. « PEDS et CaRMS. »



11. LES PROGRAMMES DE TRANSITION

11.1 Élaborer des programmes de transition clinique qui combler spécifiquement les lacunes en matière de formation (p. ex., les rotations manquées, les années de résidence, l'actualisation de la pratique) ou les compétences

À l'heure actuelle, les MFE dont l'évaluation des titres de compétence est jugée comme ne répondant pas aux critères d'octroi du permis d'exercer dans une spécialité ou une sous-spécialité sont refusés pour une ECE et on leur conseille de refaire le processus de résidence pluriannuelle. Cela est non seulement pas faisable en raison du manque de lieux de résidence pour les MFE, mais le processus actuel ne parvient pas non plus à tirer parti des compétences que les MFE possèdent.

L'évaluation de la délivrance des permis de soins infirmiers pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger (IFE) repose sur les forces. Plutôt que de suggérer qu'ils répondent à des compétences manquantes en recommençant complètement leur éducation, ils sont orientés vers des programmes qui combler les lacunes en matière d'éducation ou de pratique. Les évaluations devraient déterminer les différences entre la formation des MFE et la norme canadienne et aligner leur formation sur cet écart. Par exemple, si une résidence de MFE consistait en trois ans de résidence en anesthésiologie, par rapport aux quatre ans exigés au Canada, il est plus efficace pour le MFE de terminer une année de résidence plutôt que d'être redirigé vers la réaffectation de sa résidence là où les MFE sont rarement, voire jamais, sélectionnés pour une résidence en anesthésiologie. Une programmation ciblée et à court terme pourrait combler ces lacunes et faire avancer les MFE dans le processus, plutôt que de mettre fin à leur cheminement vers le permis d'exercer.

Le public cible : Les facultés de médecine, les autorités de réglementations

Les groupes d'intérêt : Les organismes d'établissement, les établissements d'enseignement

UNE PRATIQUE PROMETTEUSE

L'Université Queen's offrait auparavant deux programmes : [un Graduate Diploma in Medical Sciences](#) et un [Professional Master's of Medical Sciences](#) qui aident les MFE à acquérir les compétences cliniques nécessaires pour exercer comme médecin dans le système de santé canadien. Ces programmes ont été conçus spécifiquement pour les diplômés des écoles de médecine qui n'ont pas encore suivi un programme de résidence de troisième cycle au Canada. Les étudiants explorent les enjeux actuels en sciences médicales et développent davantage leurs compétences cliniques dans le contexte du système de santé canadien. On prévoit que l'accent mis sur la recherche, les compétences cliniques et les bourses d'études permettra d'améliorer toute demande future de postes de résidence par l'entremise du Service canadien de jumelage des résidents (SCJR). Plusieurs MFE ont obtenu leur diplôme de ces programmes et sont devenus titulaires d'un permis d'exercer en tant que médecins au Canada. Lisez les témoignages ici.



12. LIEUX DE RÉSIDENCE

12.1 Rendre tous les lieux de résidence de deuxième catégorie disponibles aux DIM dans les provinces où cela n'est pas déjà en vigueur

« Forcer les MFE à refaire leur résidence, dès le début, n'est pas la bonne voie. »

- MFE

Dans la plupart des provinces, le premier choix de lieux de résidence est réservé aux diplômés canadiens des écoles de médecine (DCEM). Cette pratique reflète l'appui du gouvernement canadien dans le financement de ses écoles de médecine afin que l'investissement dans les DCEM donne lieu à des médecins autorisés. Les MFE préfèrent que tous les premiers choix de lieux de résidence leur soient accessibles et sont frustrés par leur perception des lieux de résidence considérés comme

étant une « vache sacrée ». Il y a un manque de cohérence entre les universités sur la façon dont les DIM sont traités pendant la deuxième partie du processus de sélection des résidents. Les diplômés internationaux en médecine (DIM) comprennent à la fois les MFE et les Canadiens qui étudient à l'étranger (CEA). Selon la province, il peut y avoir des endroits désignés pour les DIM pendant la deuxième partie du processus de jumelage des résidences. L'homogénéisation des processus entre les universités accroîtrait la transparence et faciliterait la prise de décisions par les MFE, en préférant que tous les lieux de résidence de deuxième choix soient ouverts aux MFE.

Le public cible : Les facultés de médecine, l'AFMC

Les groupes d'intérêts : Le SCJR

12.2 Augmenter le nombre de places de résidence spécialisée offertes aux DIM

« Nous ne sommes pas un danger pour le public, nous faisons partie du public. Nous sommes Canadiens et nous voulons qu'ils reçoivent les soins les plus sûrs. »

- MFE

Dans le jumelage de 2023, une proportion nettement plus élevée du total des places offertes aux DIM se trouvait en médecine familiale ou en médecine interne en comparaison avec celles offertes aux DCEM. Bien que la plupart des spécialités aient au moins un lieu de résidence attribué aux DIM, une proportion plus élevée de candidats de DIM sont intégrés à la médecine interne ou familiale.

Des places disponibles aux DIM en 2023, près de 70 % étaient en médecine familiale ou interne. Pour les DCEM, 48 % des places étaient dans ces spécialités.³⁶ C'est une situation frustrante pour les DIM qui entrent souvent dans le processus de résidence où leur formation et leur expérience sont mieux alignées sur une autre spécialité. Le rapport de la Chambre des communes de 2023 indiquait la nécessité d'augmenter le nombre de places de résidence attribuées aux MFE, mais il y a aussi un besoin d'élargir la diversité des places spécialisées afin de mieux utiliser les compétences existantes des MFE du Canada.³⁷

Le public cible : Les facultés de médecine, l'AFMC

Les groupes d'intérêts : Le SCJR

³⁶ <https://www.carms.ca/fr/jumelage/le-jumelage-principal-r-1/descriptions-de-programmes/>

³⁷ « Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé. »



12.3 Accroître la transparence des programmes d'études de troisième cycle en ce qui concerne les critères qu'ils recherchent dans les candidats à la résidence

Les MFE signalent un manque de transparence et perçoivent qu'il existe des « critères secrets » dans les demandes de résidence et les entrevues, c'est-à-dire les préférences de programmes qui ne sont pas clairement définies comme des exigences dans les renseignements donnés aux candidats en personnes. En consultation avec les MFE, N4 a entendu beaucoup de confusion et d'incohérence dans leurs expériences et leurs perceptions quant aux facteurs utilisés pour choisir les résidents (comme l'actualisation de la pratique et l'expérience canadienne). Lors du triage des demandes,

les programmes devraient être en mesure d'établir un ensemble de critères clairs et transparents qui sont disponibles pour l'examen de tous les candidats. Selon la recommandation 10.1, la mise en œuvre du rapport sur les pratiques exemplaires en matière de demande et de sélection (PEDS) approuvé par l'AFMC pour les facultés de médecine, suspendu en 2019, devrait reprendre pour appuyer cette recommandation.³⁸

Le public cible : Les Facultés de médecine, l'AFMC

Les groupes d'intérêts : Le SCJR

12.4 Établir les outils et les pratiques suivants pour réduire les préjugés dans le processus d'entrevue

- Normaliser la formation et les outils pour prévenir les préjugés dans les entrevues
- Mettre en œuvre un processus solide pour suivre et répondre aux préjugés perçus dans le processus d'entrevue pour une résidence
- Les comités d'entrevue doivent fournir une rétroaction aux participants à l'entrevue qui n'ont pas réussi
- Avoir des occasions transparentes et indépendantes de faire état des préoccupations

Les préjugés dans les entrevues de résidence sont signalés de manière anecdotique, mais il est difficile d'en faire un suivi. Chaque programme de résidence est responsable de ses propres initiatives d'équité, de diversité et d'inclusion. Il est maintenant considéré comme une bonne pratique de rendre obligatoire la formation sur les préjugés inconscients pour les comités de sélection, même si ce type de formation isolée a été critiqué pour son manque d'efficacité et peut en fait avoir l'effet contraire de celui de l'objectif.³⁹ Les programmes de résidence devraient plutôt considérer les politiques et la procédure comme de solides moyens d'éliminer les préjugés. Le rapport sur les PEDS est de nouveau mis en évidence pour la mise en œuvre de recommandations visant à réduire les préjugés et à appuyer le changement moteur dans ce domaine.⁴⁰

Les possibilités de rétroaction aux candidats à la résidence sont rares dans le processus de jumelage. Pour les candidats MFE qui n'ont pas bénéficié d'une préparation d'entrevue canadienne approfondie, une entrevue infructueuse sans rétroaction représente une occasion manquée de croissance et d'apprentissage. Les MFE ont exprimé le désir de comprendre les façons d'améliorer les possibilités d'entrevue futures.

Les candidats peuvent signaler les violations perçues directement au SCJR, qui peut communiquer avec les facultés pour faciliter une résolution, ou dans des cas extrêmes appliquer des sanctions. Toutefois, les statistiques et les résultats des incidents signalés ne sont pas accessibles au public. Il est également recommandé de rendre compte au public ou d'explorer un mécanisme de rétroaction plus centralisé et indépendant (comme les bureaux provinciaux des commissaires à l'équité).

Le public cible : Les facultés de médecine, l'AFMC, le Bureau du commissaire à l'équité

Les groupes d'intérêt : Le SCJR

D'autres recommandations ont été proposées par le groupe de travail, mais ont été relevées comme étant hors de portée de leur mandat. Ces recommandations figurent à l'annexe C - Recommandations hors de portée.

38 Études médicales postdoctorales, "Meilleures pratiques en matière de demandes et de sélection : rapport final".

39 Francesca Gino et Katherine Coffman, "Inconscient Bias Training That Works". (Anglais seulement)

40 Best Practices in Applications and Selection (BPAS) Working Group (Anglais seulement)



UN REGARD SUR L'AVENIR

« Mettre fin à la discrimination dans les soins de santé commence par mettre fin à la discrimination dans la population active. Le Canada ne devrait pas faire de discrimination à l'égard de qui fait partie de notre main-d'œuvre. »

- MFE

Les recommandations présentées dans le présent document portent sur les obstacles systémiques et les préjugés inhérents au système qui empêchent les MFE d'utiliser leurs compétences dans le secteur des soins de santé. Ces recommandations amélioreront l'accès à des renseignements transparents, fiables et clairs sur le cheminement de l'immigration à l'emploi optimal. Elles veilleront à ce que les examens et la formation nécessaires soient opportuns, transparents et équitables, et à ce que de ce fait, les MFE aient davantage de possibilités et de capacités d'accès équitable aux voies de l'exercice.

La mise en œuvre des recommandations énoncées dans le présent rapport doit être assurée par :

Un investissement public durable et suffisant :

Des investissements fédéraux doivent être faits pour appuyer les recommandations existantes et pour mettre en œuvre les pratiques et les programmes prometteurs qui appuieront les MFE.

Une collaboration multipartite :

La collaboration entre les niveaux de gouvernement (fédéral, provincial, territorial) et entre les autorités de réglementation, l'évaluation et la vérification des titres de compétence, et les organismes d'établissement est essentielle à la mise en œuvre de ces recommandations. Afin de s'assurer que les changements s'attaquent réellement aux obstacles actuels à l'emploi optimal, les MFE devraient être considérés comme des intervenants clés.

Une cohérence entre les provinces et les territoires :

La mise en œuvre des recommandations ci-dessous dans chaque province et territoire est essentielle pour assurer l'uniformité de l'approche.

Un engagement en matière de suivi et d'évaluation :

Les recommandations présentées dans le présent document doivent faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation après la mise en œuvre afin de déterminer si elles ont eu l'impact escompté. La collecte et l'analyse de données propres aux MFE sont très importantes pour ce processus.

Des plans de communication et de mobilisation des connaissances sont en cours d'élaboration afin de promouvoir l'application des recommandations du présent rapport et de suivre les progrès réalisés dans la mise en œuvre au cours de l'année à venir. Enfin, N4 a mis au point une voie visuelle sur newcomernavigation.ca pour guider les MFE et les fournisseurs de services qui cherchent à comprendre les principales étapes de la voie de l'obtention d'un permis d'exercice.

Les MFE jouent un rôle précieux dans le système de soins de santé du Canada en comblant les lacunes du marché du travail et en appuyant la main-d'œuvre pour mieux représenter les collectivités qu'elles servent. Le Canada continuera d'attirer des immigrants très instruits, y compris les MFE et il doit y avoir des voies améliorées pour tirer parti de leurs compétences et appuyer leur intégration dans l'exercice. Dans un contexte de crise des ressources humaines en santé, les MFE qui vivent au Canada et qui ne sont pas en mesure de pratiquer sont une partie « inexploitée » du bassin de talents du Canada qui peut aider à soutenir le système de soins de santé du Canada. Ces recommandations s'appuient sur les compétences et l'expérience diversifiées des MFE, ainsi que sur les dons culturels et linguistiques qu'ils apportent au système de soins de santé. Aujourd'hui plus que jamais, investir dans les MFE et miser sur leurs compétences et leur expertise variée créera la capacité nécessaire de médecins, allégera la pression au sein du système de santé et renforcera sa viabilité.



RÉFÉRENCES

Andrea Baumann, Mary Crea-Arsenio, Dana Ross et Jennifer Blythe. "Diversifying the Health Workforce: A Mixed Methods Analysis of an Employment Integration Strategy." *Ressources humaines pour la santé* 19, No. 1 (5 mai 2021) : 62 <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00606-y>. (Anglais seulement)

Association médicale canadienne. « Des médecins et du personnel infirmier offrent des solutions pour répondre sans attendre à la crise des ressources humaines en santé. » Association médicale canadienne, 16 mai 2022. <https://www.cma.ca/fr/propos-de-nous/notre-rolle/salle-de-presse/medecins-personnel-infirmier-offrent-solutions-repondre-attendre-crise-ressources-humaines-sante>.

CaRMS. « PEDS et CaRMS. » Nouvelles (blogue), 19 mars 2019. <https://www.carms.ca/fr/nouvelles/peds-et-carms/>

Cat Goodfellow, Christine Kouri, et Sahar Zohni. "A Missing Part of Me : A Pan-Canadian Report on the Licensure of Internationally Educated Health Professionals." Réseau national de navigation pour nos nouveaux arrivants, mars 2022. (Anglais seulement)

College of Physicians & Surgeons of Manitoba. "Eliminating Exam Requirement Removes Major Barrier for International Medical Graduates Seeking to Practice in Manitoba," 10 mars 2023. <http://www.cpsm.mb.ca/news/eliminating-exam-requirement-removes-major-barrier-for-international-medical-graduates-seeking-to-practice-in-manitoba>. (Anglais seulement)

Daphne Bramham. "B.C. Fights to Maintain the Barriers That Keep Foreign-Trained Doctors from Working." *vancouver.sun*. Consulté le 12, 2023. <https://vancouver.sun.com/news/daphne-bramham-b-c-fights-to-maintain-the-barriers-that-keep-foreign-trained-doctors-from-working>. (Anglais seulement)

David Korzinski. "Doc Deficits: Half of Canadians Either Can't Find a Doctor or Can't Get a Timely Appointment with the One They Have." Angus Reid Institute, 8 septembre 2022. <https://angusreid.org/canada-health-care-family-doctors-shortage/>. (Anglais seulement)

Emploi et Développement social Canada. « Système de projection des professions au Canada » 16 novembre 2021. <https://occupations.esdc.gc.ca/sppc-cops/.4cc.5p.1t.3.4ns.5mm.1ryd.2t.1.3l@-fra.jsp?tid=104>.

Francesca Gino et Katherine Coffman. "Unconscious Bias Training That Works." *Harvard Business Review*, 1er septembre 2021. <https://hbr.org/2021/09/unconscious-bias-training-that-works>. (Anglais seulement)

Santé Canada. « Santé Canada annonce la création de la Coalition d'action pour les travailleurs de la santé. » Communiqués de presse, 1er novembre 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2022/11/sante-canada-annonce-la-creation-de-la-coalition-daction-pour-les-travailleurs-de-la-sante.html>.

L'Organisation des médecins formés à l'étranger de l'Ontario (ITPO). "ITPs: A Diverse, Underutilised Skilled Health Human Resource," août 2022. (Anglais seulement)

DM investi. « Les programmes de recrutement et de rétention des médecins sont-ils appropriés pour vous? » Consulté le 12 avril 2023. https://capsule.mdm.ca/les-programmes-de-recrutement-et-de-retention-des-medecins-sont-ils-appropries-pour-vous/?_ga=2.2905010.363900734.1694798486-112284709.1694798484.

Maureen Topps. « Le Conseil médical du Canada reçoit du financement pour la mise en place de la première base de données nationale intégrée sur les médecins du Canada | Conseil médical du Canada. » Consulté le 12 avril 2023. <https://mcc.ca/fr/news/cmcc-recoit-financement-pour-mise-en-place-base-donnees-nationale-integree-medecins/>.

Le ministère de la Santé et des soins de longue durée, le Gouvernement de l'Ontario. « Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales de ProfessionsSantéOntario – Prestation des programmes de santé du Nord – Professionnels en soins de santé - MSSLD. » Le Gouvernement de l'Ontario, le ministère de la Santé et des soins de longue durée. Consulté le 12 avril 2023. <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/northernhealth/nrrr.aspx>.



OCDE. Tendances récentes de la migration internationale des médecins, des infirmières et des infirmiers et des étudiants en médecine. Paris : Organisation de coopération et de développement économique, 2019. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/recent-trends-in-international-migration-of-doctors-nurses-and-medical-students_5571ef48-en.

Pearson PTE. "Pearson's English Language Proficiency Test Receives Approval for Canadian Economic Immigration." Consulté le 12 avril 2023. <https://www.pearsonpte.com/news/pearsons-english-language-proficiency-test-receives-approval-for-canadian-economic-immigration>. (Anglais seulement)

Enseignement médical postuniversitaire. "Best Practices in Applications and Selection: Final Report." Université de Toronto, 2013. (Anglais seulement)

Sean Casey. « Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé. » Chambre des communes, mars 2023.

Statistique Canada. « Recensement du Canada de 2016 : Tableaux de données - Profession - Classification nationale des professions (CNP) 2016 (693A), certificat, diplôme ou diplôme de second et troisième cycles (15), catégorie d'admission et type de demandeur (31), période d'immigration (7), âge (5A) et sexe (3) pour la population immigrante qui est devenue résidente permanente entre 1980 et 2016, âgée de 15 ans et plus, dans les ménages privés du Canada, les provinces et territoires, le recensement de 2016 - Données-échantillon de 25 % », 30 mai 2018. <https://census.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Rp-eng>



ANNEXE A

Composition du groupe de travail du MFE de la CdP de N4*

Le groupe de travail était coprésidé par Deidre Lake, de l'Alberta International Medical Graduates Association (AIMGA) et Joan Atlin, directrice de la recherche et des politiques, WES.

Organisation	Nom	Poste
Alberta International Medical Graduates Association	Deidre Lake (Co-présidente)	Directrice générale
Alberta International Medical Graduates Association	David Kay	Consultant principal
Association des facultés de médecine du Canada	Anna Karwowska	Vice-présidente, Éducation
Lighthouse Immigration Law	Tamara Mosher-Kuczer	Avocate spécialisée en droit de l'immigration
CAPER	Geoff Barnum	Gestionnaire, CAPER
le Service canadien de jumelage des résidents (SCJR)	John Gallinger	Président-directeur général
Collège des médecins de famille du Canada	Ingeborg Schabert	Professeur agrégé, McMaster
Université Dalhousie - Programme d'évaluation pratique	Dr. Fiona Bergin	Directrice clinique
Fédération des autorités de réglementation médicale du Canada	Corinne de Bruin	Membre du Groupe de travail sur l'inscription, FMRAC
Professions Santé Ontario	Irina Edilova	Conseillère, Professionnels de la santé formés à l'étranger (PSFE)
Jumelage en santé de la Colombie-Britannique	Kristi Small	Consultante principale, adjointe aux soins de santé, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
Conseil de carrière des DIM	Ranika Singh	Conseillère en carrière professionnelle/consultante
Organisation des Médecins formés à l'étranger de l'Ontario	Makini McGuire-Brown	Membre du conseil
Organisation des Médecins formés à l'étranger de l'Ontario	Joanna Walters	Directrice des opérations et cofondatrice
ISANS	Mohja Alia	Gestionnaire de l'emploi et de la transition
Conseil médical du Canada	Ilona Bartman	Gestionnaire de programme, Recherche
Conseil médical du Canada	Sandra Roberts	Gestionnaire de programme
Bureau du commissaire à l'équité	Angelika Neuenhofen	Conseillère en politiques et en programmes
Collège royal des médecins et chirurgiens	Andre St.Pierre	Directeur associé, Opérations d'évaluation
Collège royal des médecins et chirurgiens	Chantal Benoit	Gestionnaire
Institut Touchstone	Adrian Frisina	Gestionnaire, Programmes pour les DIM
Université de Calgary	Tanvir Turin Chowdhury	Professeur agrégé, Cumming School of Medicine
Université de Toronto	Shafi Bhuiyan	Professeur agrégé, Division de la santé publique clinique, Dalla Lana School of Public Health
World Education Services	Joan Atlin (co-Chair)	Directrice de la politique et de la recherche
World Education Services	Caroline Ewen	Gestionnaire de la politique et de la recherche
www.hireiehps.com / University of Toronto	Zubin Austin	Professeur, Université de Toronto

* L'appartenance au groupe de travail ne constitue ni n'implique l'approbation, la recommandation, ni la promotion par leurs administrateurs ou employés du contenu du présent rapport*.

Une partie de la solution :

Des recommandations pour l'accueil des médecins formés à l'étranger au sein du secteur des soins de santé du Canada



ANNEXE B

Membres du Groupe de conseil sur l'expérience vécue du MFE

Le Groupe de consultation sur l'expérience vécue du MFE de N4 est présidé par le Dr Ahmed Alkhatib, Médecins de l'Ontario formés à l'étranger.

Nom	Pays d'origine	Province actuelle	Depuis combien de temps vivez-vous au Canada?	State of Licensure
A.A	Émirats arabes unis	Ontario	1 à 5 ans	Validation des compétences
S.O	Nigeria	Alberta	+30 ans	Terminée
S.B	Iran	Nouvelle-Écosse	+10 ans	Terminée
M. M.	Ukraine	Ontario	1 à 5 ans	Validation des compétences
Y. E-B	Égypte	Ontario	1 à 5 ans	Validation des compétences
F. K	Soudan	Saskatchewan	1 à 5 ans	Validation des compétences
J.K.S	Inde	Saskatchewan	1 à 5 ans	Validation des compétences
G.B.	Philippines	Alberta	1 à 5 ans	Validation des compétences



ANNEXE C

Recommandations hors de portée

- 1. Veiller à ce que la loi de chaque province relative à la réglementation des professions de la santé (p. ex. la Loi sur les professions de la santé réglementées) ait l'obligation d'assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé.**

Chaque loi provinciale comprend une loi sur la réglementation des professionnels de la santé. La Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementée, de l'Ontario S.O. 1991, ch. 18 énonce actuellement l'obligation des professions autoréglementées d'assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé. Toutes les provinces devraient s'acquitter de cette obligation dans le cadre de leur loi réglementaire sur les professionnels de la santé, en tant qu'engagement à l'égard de l'intérêt public et des besoins de santé de leur population. En assurant un nombre suffisant de professionnels, elles reconnaissent que le manque d'accès aux soins, ou que des soins dispensés par un personnel surchargé, représente des soins de santé sous-optimaux et un risque pour la santé de la population.

- 2. Convoquer les autorités de réglementation par l'entremise d'un organisme faisant autorité pour travailler sur ces questions et convoquer les niveaux de gouvernement fédéral et provincial (IRCC, ministères de la Santé, etc.)**

En novembre 2022, Santé Canada a annoncé la Coalition d'action pour les travailleurs de la santé.³⁹ La Coalition est composée de représentants de groupes clés, notamment des infirmières et des infirmiers, des médecins, des travailleurs de soutien personnel, des syndicats, des collèges et des universités, de la santé publique, des patients, des peuples autochtones et des communautés qui méritent l'équité. Cette coalition élabore des stratégies pour accroître le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, y compris les professionnels de la santé formés à l'étranger.

- 3. Élargir le mandat du Commissariat à l'équité afin d'inclure les établissements d'enseignement**

Le Bureau du commissaire à l'équité évalue les pratiques d'enregistrement équitables pour plusieurs professions et métiers réglementés. Il s'agit de 26 professions de la santé, 13 professions qui ne font pas partie du domaine de la santé et 23 professions

obligatoires. Cette recommandation demande d'élargir le mandat des établissements d'enseignement qui produisent des professionnels de la santé réglementés, compte tenu de leur rôle clé dans la détermination du bassin de titulaires de permis potentiels. Dans les provinces où il n'y a pas d'agent du commissariat à l'équité, un fonctionnaire ou un ministère semblable devrait être chargé de ce mandat.

- 4. Inclure les pratiques exemplaires dans les demandes et la sélection dans le cadre de l'accréditation des facultés de médecine au Canada**

En 2013, un groupe de travail du département de formation médicale postdoctorale de l'Université de Toronto a élaboré le Rapport final sur les meilleures pratiques en matière de demandes et de sélection. Le présent rapport est approuvé par l'Association des facultés de médecine.⁴⁰ Le rapport présente un ensemble de recommandations et de pratiques exemplaires visant à accroître la transparence et l'équité dans le processus de demande de résidence et de sélection. Afin de promouvoir l'application des recommandations et des meilleures pratiques parmi les facultés de médecine, les principes et les pratiques inclus dans le rapport devraient être reflétés dans le processus d'accréditation des facultés de médecine.

- 5. En Ontario, supprimer l'exigence de formulaire T4 pour les médecins et réviser la définition de « travail indépendant »**

Les médecins ne devraient pas être considérés comme des travailleurs autonomes. La définition de « travailleur indépendant » devrait être alignée sur la nouvelle exemption fédérale pour les médecins.

- 6. Utiliser le processus d'exemption de l'évaluation de l'impact sur le marché du travail pour les médecins**

Les évaluations de l'impact sur le marché du travail (EIMT) doivent présenter une demande pour la plupart des permis de travail au Canada. Une EIMT détermine qu'un employeur a essayé et n'a pas réussi à embaucher un citoyen canadien ou un résident étranger pour pourvoir un poste. L'obtention d'une LMIA peut être un processus long et coûteux pour les employeurs et retarder l'entrée en pratique pour les médecins. Il y a des lacunes importantes et bien documentées sur le marché du travail des médecins au Canada. Par conséquent, les médecins devraient être exemptés de la nécessité d'une EIMT pour demander un permis de travail.

39 Health Canada, "Health Canada Announces Coalition for Action for Health Workers"

40 Postgraduate Medical Education, "Best Practices in Applications and Selection: Final Report"

NEWCOMERNAVIGATION.CA

SUIVEZ N4 SUR



**NATIONAL NEWCOMER
NAVIGATION NETWORK**

**RÉSEAU NATIONAL DE
NAVIGATION POUR
NOS NOUVEAUX ARRIVANTS**