ÉTUDE SUR LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ DANS LES MILIEUX FRANCOPHONES MINORITAIRES AU CANADA

RDÉE Canada

Société Santé en français

Financé en partie par le Fonds d'habilitation pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire et par le Programme stratégique de mobilisation des partenariats et de la recherche (PSMPR) d'Emploi et Développement social Canada.

Employment and Social Development Canada
Emploi et Développement social Canada

Ce rapport a été préparé par : phar

Ont également contribué :

Gestion de l'étude et innovation : **Ann Delarosbi**l
Direction de la recherche, analyse et rédaction : **Guillaume Cariou**
Consultation : **Guillaume Cariou, Ann Delarosbil et Lilia Benbelaid**
Veille stratégique augmentée : **Lilia Benbelaid**
Mise en page et graphisme : **Lucie Charbonneau**

En collaboration avec : Société Santé en français

Sous la supervision du comité consultatif formé de :
Jean-François Parent, Antoine Désilets et Lise Richard

Dépôt légal : 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-1-988669-03-8

SOMMAIRE EXÉCUTIF **6**

INTRODUCTION ET CADRE DE RÉFÉRENCE **15**

1.1 Préambule : l'urgence d'une intervention systémique 16
1.2 Le contexte juridique et la réalité démographique 16
1.3 Mandat et objectifs détaillés de l'étude 17

MÉTHODOLOGIE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE **18**

2.1 La revue documentaire et la veille stratégique 19
2.2 L'exploitation des données 19
2.3 Les consultations qualitatives : la voix du terrain 19

DIAGNOSTIC MACRO-ENVIRONNEMENTAL ET SYSTÉMIQUE **20**

3.1 Un bassin de main-d'œuvre fragilisé 22
3.2 Un déficit chronique de données 24
3.3 L'immigration : un potentiel entravé 26
3.4 Les politiques publiques et investissements récents : des exemples rares à multiplier 27

PANORAMA PROFESSIONNEL **28**

4.1 Généralistes et médecine familiale *(CNP 31102)* *29*
4.2 Soins infirmiers autorisés *(CNP 31301)* *30*
4.3 Pratique clinique avancée des soins infirmiers *(CNP 31302)* *31*
4.4 Soins pharmaceutiques *(CNP 31120)* *32*

4.5 Psychologues *(CNP 31200)* *33*

4.6 Travail social *(CNP 41300)* *34*

4.7 Maintien à domicile et soins aux bénéficiaires *(CNP 33102 / 44101)* *35*

4.8 Ergothérapeutes *(CNP 31203)* et physiothérapeutes *(CNP 31202)* *35*

SYNTHÈSE QUALITATIVE : LA DYNAMIQUE HUMAINE ET ORGANISATIONNELLE **36**

5.1 Le Comité consultatif : une vision longue et macrostructurelle 37

5.2 Le terrain : un sentiment d'urgence 37

5.3 La nécessité d'une réconciliation stratégique 37

PROSPECTIVE STRATÉGIQUE HORIZON 2035 **38**

6.1 Le statu quo ou la spirale du déclin 40

6.2 Une transformation articulée autour de quatre axes 40

RECOMMANDATIONS ET STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE **42**

7.1 Recommandations 43

7.2 Stratégie opérationnelle (2026-2035) 47

CONCLUSION GÉNÉRALE DU RAPPORT **50**

FICHES PAR PROFESSION **51**

Médecins généralistes et médecine familiale 52
Soins infirmiers autorisés 55
Pratique clinique avancée des soins infirmiers 59
Soins pharmaceutiques 62
Psychologues 64
Travail social 66
Maintien à domicile et soins aux bénéficiaires 68
Ergothérapeutes 70
Physiothérapeutes 72

BIBLIOGRAPHIE **74**

Articles de périodiques 74
Sources de données (tableaux et fichiers statistiques) 77
Fiches d'état des lieux – RDEE Canada 78

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Introduction et contexte stratégique

Ce rapport, commandé par le Réseau de développement économique et d'employabilité du Canada (RDÉE Canada) et réalisé avec la collaboration de la Société Santé en français (SSF) dresse un portrait de la main-d'œuvre du secteur de la santé au sein des communautés francophones et acadienne en situation minoritaire (CFSM). L'étude s'inscrit dans un contexte postpandémique marqué par une hausse continue des besoins en santé, notamment sous la pression du vieillissement de la population francophone et de vagues massives d'immigration francophone dans les communautés. L'analyse repose sur une méthodologie rigoureuse combinant une revue documentaire de près de 200 sources, une veille stratégique internationale, ainsi que des consultations qualitatives auprès de gestionnaires et d'associations de dix professions clés du secteur. En réponse au diagnostic, le rapport propose un plan intégré de transformation des soins de santé en français, dont la mise en œuvre s'échelonnerait de 2026 à 2035, pour en finir avec la gestion réactive des pénuries et passer à une planification coordonnée et durable des ressources humaines.

L'objectif central de cette démarche est de mettre à jour le profil des effectifs professionnels qui parlent français, d'examiner comment l'insertion professionnelle a évolué au cours des cinq dernières années et d'estimer les besoins d'effectifs pour la prochaine décennie. Le constat initial est sans appel : le maintien du statu quo risque d'aggraver de manière très sensible les disparités régionales et linguistiques, menaçant directement la sécurité et la qualité des soins offerts aux minorités linguistiques francophones.

Ce diagnostic met en évidence plusieurs fragilités structurelles qui appellent des réponses systémiques et coordonnées.

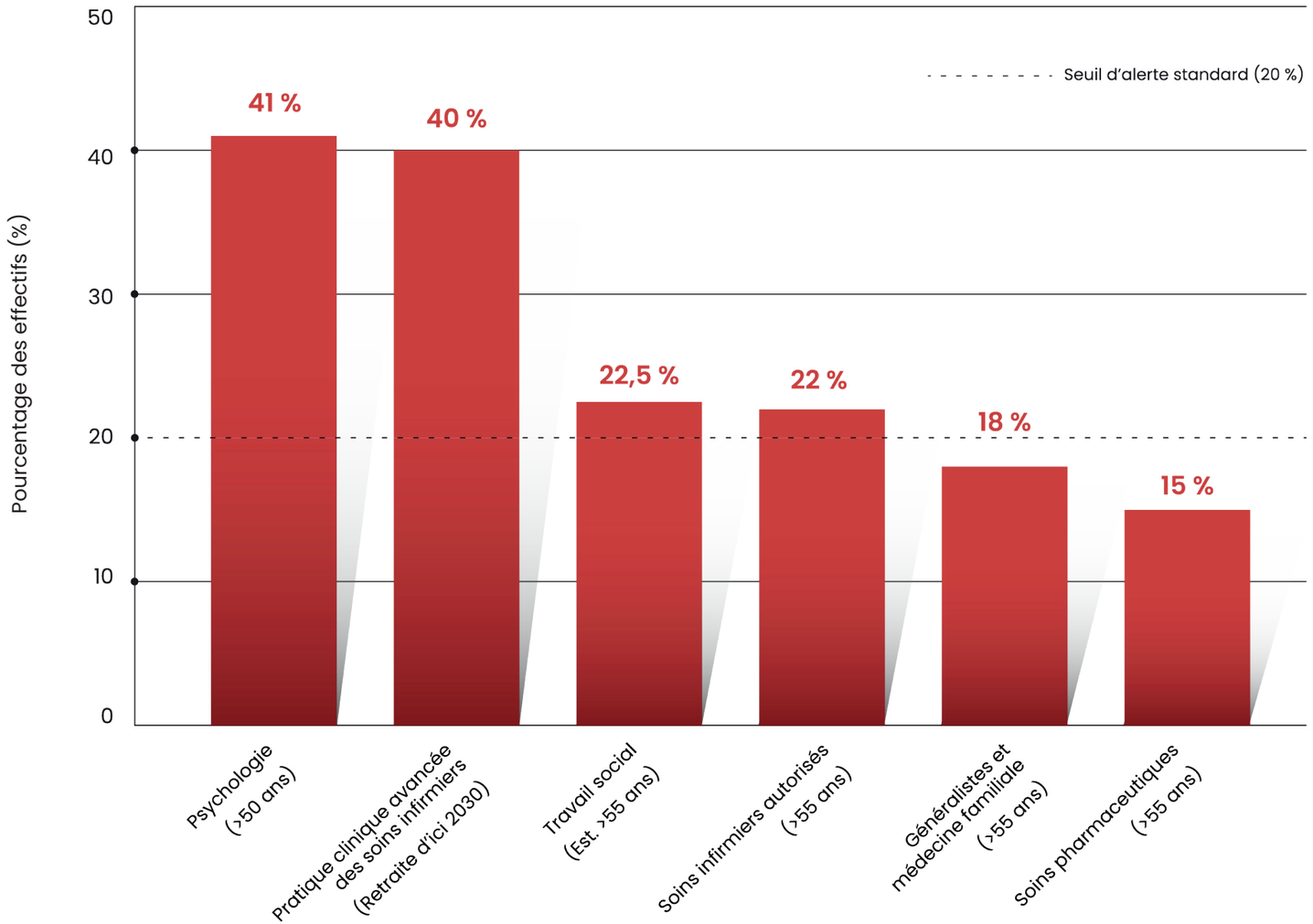
Diagnostic structurel : un bassin de main-d'œuvre fragilisé

L'analyse de la composition du bassin de ressources humaines révèle une précarité structurelle inquiétante. Le secteur de la santé, qui employait 1,7 million de personnes en 2024, connaît une croissance deux fois plus rapide que le reste de l'économie, mais fait face à un vieillissement marqué de ses effectifs : près de 18 % d'entre eux ont 55 ans ou plus et prendront donc leur retraite bientôt. Ces départs massifs, combinés à l'insuffisance des cohortes francophones qui sortent des établissements de formation dans les CFSM, vont creuser le déficit de relève et le porter à un niveau critique.

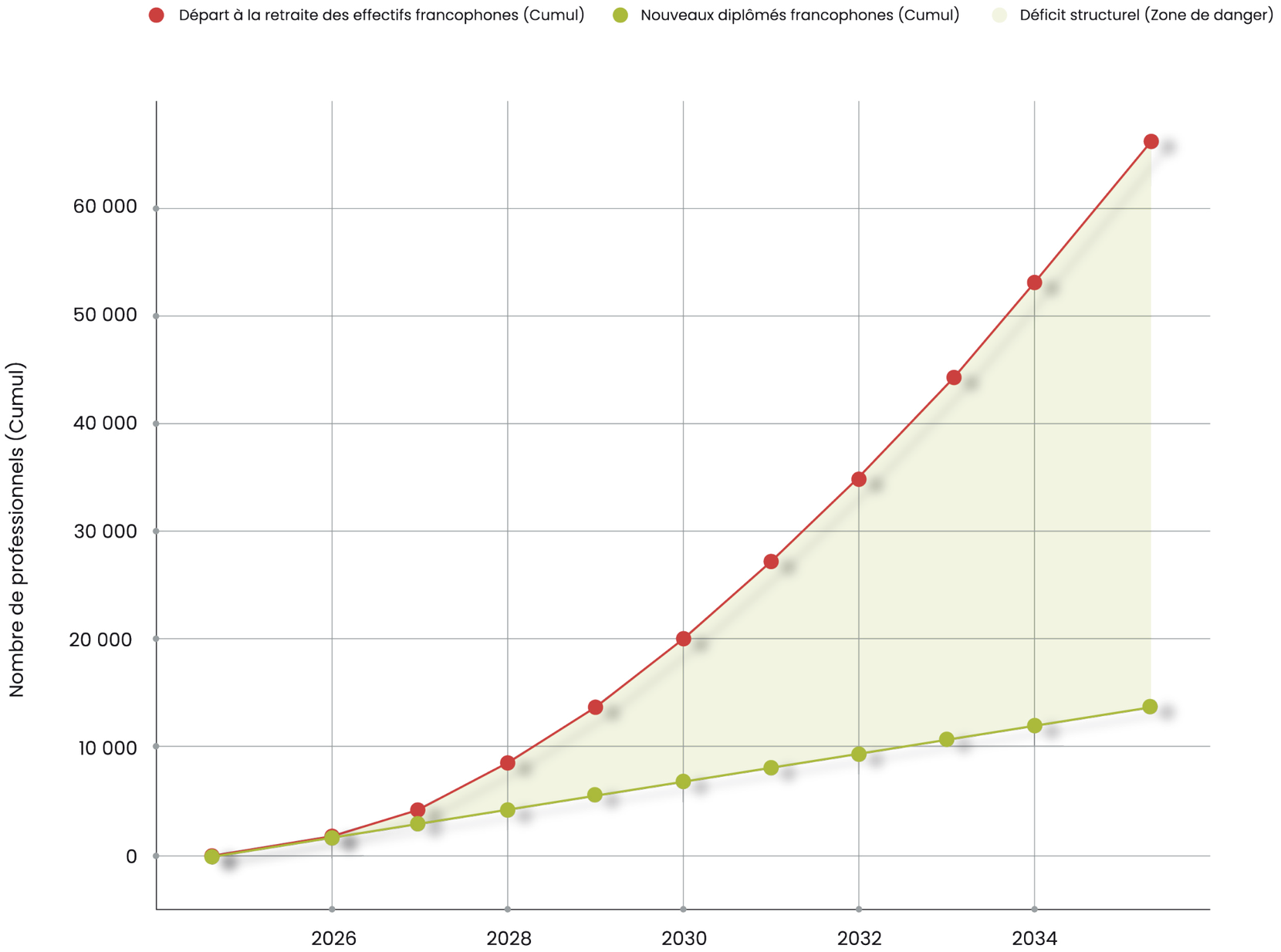
Ce diagnostic met en évidence plusieurs fragilités structurelles qui appellent des réponses systémiques et coordonnées.

Le mur du vieillissement chez le personnel de la santé au sein des CFSM

La répartition géographique des effectifs francophones est marquée par de profondes inégalités. Les données indiquent leur forte concentration dans des bastions, à savoir le nord du Nouveau-Brunswick et l'Est de l'Ontario, tandis que l'ouest et le nord du pays souffrent d'une pénurie chronique. En outre, la mobilité des médecins francophones vers les provinces à la desserte médicale insuffisante demeure marginale en raison d'obstacles administratifs. Le manque de mobilité interprovinciale, combiné à une dépendance croissante envers l'immigration, ajoute à la complexité d'assurer une offre adéquate de soins en français dans les CFSM.

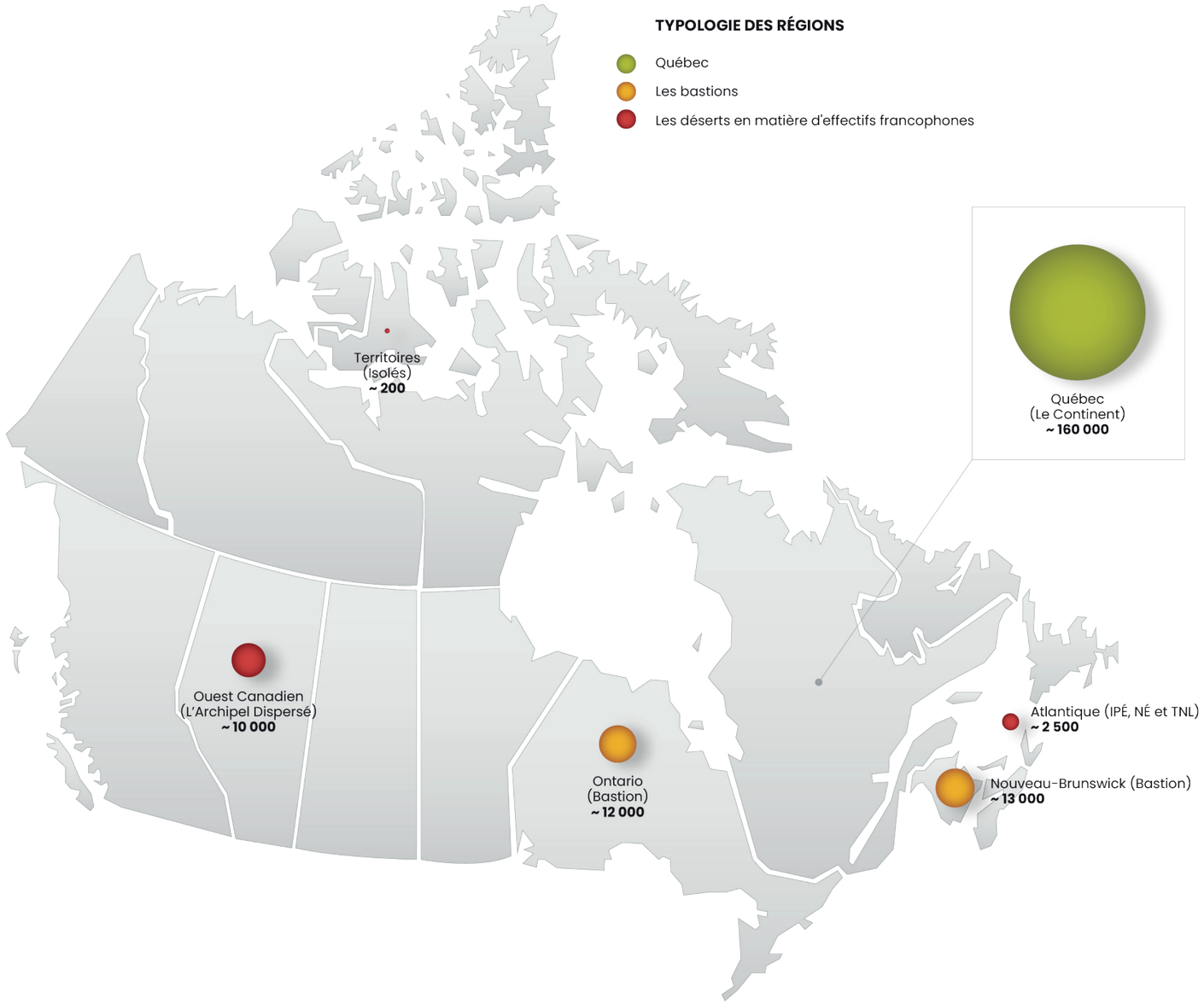


Note : Le seuil d'âge varie selon la durée de formation (50+ pour Psychologues/IP vs 55+ pour les autres


Départ à la retraite des effectifs francophones (Cumul)
Nouveaux diplômés francophones (Cumul)
Déficit structurel (Zone de danger)
Nombre de professionnels (Cumul)
60 000
50 000
40 000
30 000
20 000
10 000
0
2026
2028
2030
2032
2034

La fracture géographique

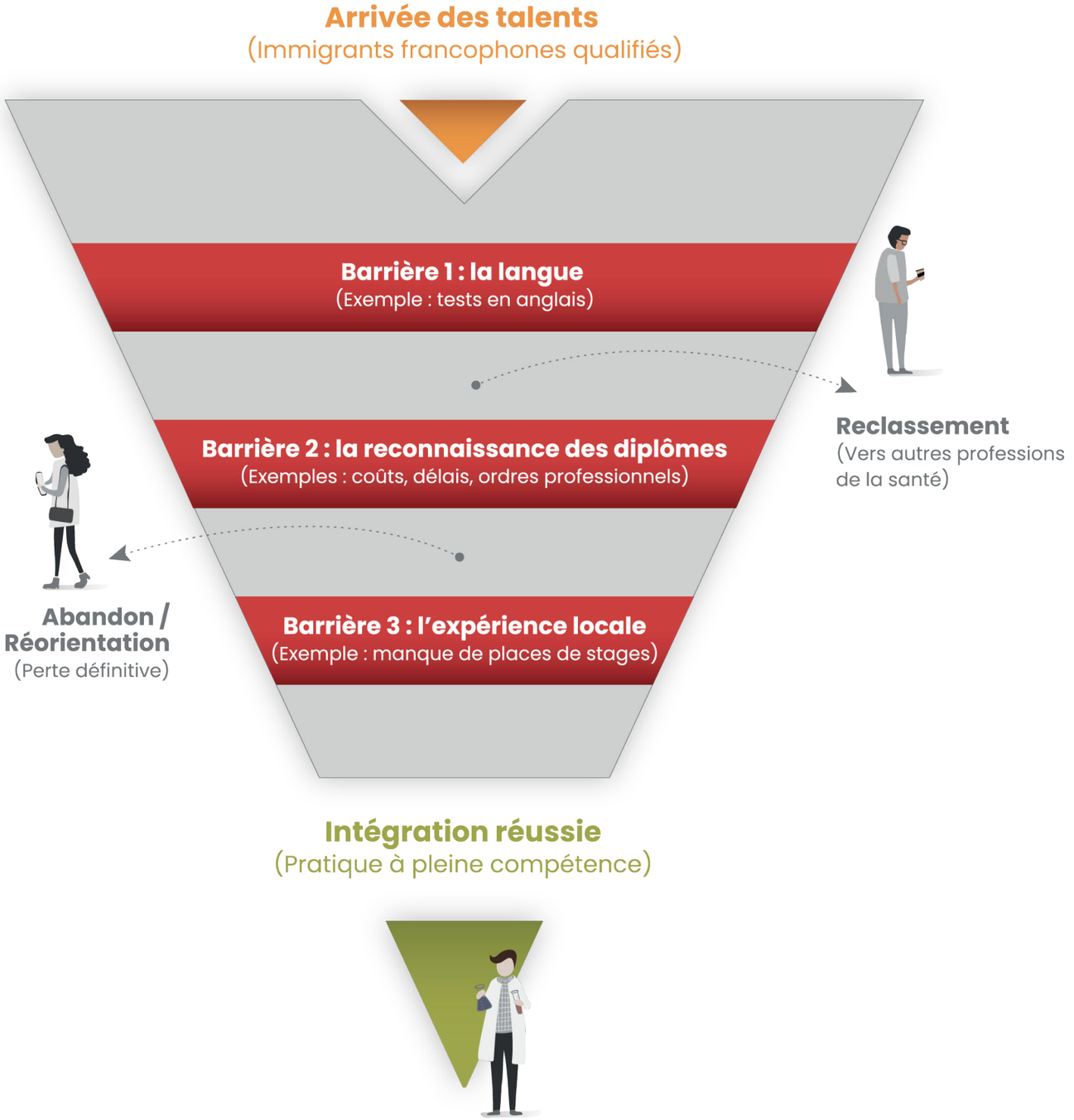
Les lacunes statistiques (*data gap*) sont l'un des principaux obstacles transversaux relevés par le comité consultatif. En effet, il n'existe actuellement aucun mécanisme fiable pour recenser avec exactitude les effectifs professionnels capables d'offrir des services en français à l'échelle du pays. L'absence d'identifiant linguistique normalisé sur les cartes santé et dans le registre des ordres professionnels — à l'exception de quelques provinces — empêche toute planification rigoureuse de l'offre active. Comme les services de santé en français ne sont pas offerts de façon proactive, beaucoup de francophones n'osent pas demander des soins en français ou ne pensent pas à le faire; la demande réelle est donc sous-estimée. Dans ce contexte, les effectifs francophones et bilingues sont souvent peu visibles et leur compétence linguistique, peu ou pas reconnue (absence de prime au bilinguisme, de reconnaissance formelle, de possibilités d'avancement ou de temps réservé aux services en français); ces professionnelles et professionnels se trouvent donc fréquemment surchargés et isolés.



L'immigration : un potentiel entravé par des barrières systémiques

Le rapport identifie l'immigration francophone comme un levier majeur pour combler les pénuries et souligne l'augmentation importante du nombre d'arrivantes et d'arrivants qui parlent français. Toutefois, il s'avère difficile d'exploiter le potentiel de cette main-d'œuvre en raison de barrières systémiques persistantes. Les processus de reconnaissance des diplômes étrangers, jugés excessivement longs, coûteux et opaques, sont l'une de ces barrières.

Le phénomène de « déclassement professionnel » est particulièrement visible parmi les immigrantes et immigrants francophones hautement qualifiés, lesquels se trouvent souvent cantonnés à des emplois précaires ou sous-qualifiés faute de réussir à satisfaire les exigences des ordres professionnels. Paradoxalement, les exigences linguistiques, notamment les tests d'anglais obligatoires dans les provinces majoritairement anglophones, constituent un filtre discriminant pour des candidates et candidats francophones pourtant compétents. De plus, le manque de programmes passerelles (*bridging programs*) et de stages cliniques en milieu francophone complique l'insertion durable, poussant bon nombre de personnes nouvellement arrivées à quitter les régions rurales pour les grands centres urbains ou à abandonner leur profession.



Analyse sectorielle et défis propres à certaines professions

L'étude met en lumière des dynamiques contrastées selon les professions. Dans le secteur des soins infirmiers, on observe un taux d'attrition alarmant en début de carrière : les jeunes délaissent vite la profession en raison des conditions de travail difficiles. Par ailleurs, la traduction inadéquate de l'examen d'entrée (NCLEX) et le manque de ressources pédagogiques en français constituent des freins majeurs à l'obtention du permis de pratique pour les francophones.

Pour les médecins généralistes, la pénurie est critique. Le bassin francophone repose de plus en plus sur le recrutement international, mais l'intégration de ces médecins est ralentie par les délais d'obtention du permis d'exercice, qui ne s'améliorent pas. Parallèlement, la situation du côté des pharmacies est également préoccupante : en Ontario, moins de 7 % des effectifs se déclarent capables d'offrir des services en français, et la formation universitaire en français est quasi inexistante à l'extérieur du Québec[1].

Les soins aux bénéficiaires et le maintien à domicile représentent la catégorie où la dépendance à l'immigration est la plus forte, avec environ 30 % d'effectifs francophones issus de l'immigration. Cependant, ces emplois demeurent précaires et souffrent d'un manque de valorisation, ce qui nuit à la rétention en région.

Enfin, dans le domaine de la santé mentale (psychologues, travailleuses sociales et travailleurs sociaux), la demande explose tandis que l'offre stagne.

En définitive, l'absence de registres linguistiques rend le repérage du personnel francophone extrêmement ardu, forçant souvent les patients et patientes à se tourner vers le secteur privé ou à renoncer à des soins dans leur langue, ce qui a un impact sur la qualité et la sécurité des services[2].

À partir de ces constats, l'étude projette l'évolution possible de la situation à l'horizon 2035.

À partir de ces constats, l'étude projette l'évolution possible de la situation à l'horizon 2035.

1 Patrick E. Timony et collab., « The Pharmacist Is In: The Availability and Distribution of French-Speaking Pharmacists in Ontario », *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, no 18, 2022, p. 175-196.

2 Sarah Bowen, *L'impact de la barrière linguistique sur la sécurité des patients et la qualité des soins*, Ottawa, Société Santé en français, 2015.

Prospective : scénarios 2035 et vision de l'avenir

Si la tendance se poursuit — c'est-à-dire, si l'on s'en tient au statu quo —, les inégalités d'accès et la dilution des responsabilités seront encore plus grave en 2035, avec pour conséquence une baisse marquée de la qualité des services. À l'opposé, le scénario idéal en 2035, celui d'un « nouveau leadership national partagé et durable », repose sur la mise en place d'une nouvelle instance de gouvernance. Celle-ci aurait pour rôle de faciliter l'insertion professionnelle de la main-d'œuvre francophone du secteur de la santé, notamment en négociant avec les ordres professionnels. Ce scénario suppose une transition vers un système où la collecte de données linguistiques est obligatoire et où le travail en français est valorisé par une accréditation reconnue.

Entre ces deux extrêmes, l'étude met en lumière des axes d'intervention possibles : soit un renouvellement du bassin de main-d'œuvre du secteur par une accélération de la reconnaissance des diplômes et une multiplication des programmes de formation en français, soit la mise en place d'un système « agile » reposant sur l'adoption généralisée de la technologie et l'optimisation des opérations grâce à des équipes interprofessionnelles bien au fait de l'évolution des besoins sur le terrain, en lien avec des communautés francophones parfois vieillissantes et situées dans des régions éloignées.

Recommandations stratégiques

Pour éviter le déclin annoncé et concrétiser le scénario du leadership partagé, le rapport met de l'avant une stratégie opérationnelle structurée autour de quatre axes complémentaires.

- Axe 1 – Une structure de gouvernance nationale, habilitée par une législation fédérale et des partenariats renforcés avec les provinces et les ordres professionnels, afin de sortir du pilotage à l'aveugle et de planifier l'offre de services de santé en français sur la base de données linguistiques robustes.
- Axe 2 – La fluidité des parcours professionnels et la rétention systémique, grâce à une reclassification de la compétence en français comme compétence essentielle reconnue et rémunérée, et la création de programmes passerelles pour accélérer la reconnaissance des diplômes étrangers.
- Axe 3 – Une attraction ciblée et un ancrage communautaire misant sur des corridors de recrutement international par profession et sur la « séduction territoriale » pour assurer l'intégration durable des effectifs francophones et de leur famille dans les communautés.
- Axe 4 – Une transformation numérique bien encadrée, qui met à profit la télésanté et les outils linguistiques intelligents pour renforcer l'offre active et l'appariement de la patientèle francophone avec des effectifs capables de la servir dans sa langue, plutôt que pour se substituer à la création de postes en français dans le réseau de la santé.

Premièrement, la correction des lacunes statistiques exige l'établissement d'une nouvelle gouvernance, qui assurera la concertation entre le gouvernement fédéral, les provinces et les ordres professionnels. Incarnée par une fonction de vigie, cette gouvernance devra imposer l'utilisation d'un identifiant linguistique normalisé, mesurant la capacité réelle d'offrir le service plutôt que la simple connaissance de la langue, tout en coordonnant la planification des effectifs à l'échelle pancanadienne.

Deuxièmement, l'accélération de l'intégration des recrues immigrantes nécessite une refonte des processus d'agrément. Il est recommandé de mettre en place des voies d'accès rapides et des programmes passerelles réservés aux francophones en s'inspirant des meilleures pratiques nationales et internationales. Il est impératif de supprimer les barrières linguistiques artificielles, telles que l'exigence de tests d'anglais pour des postes où le français est la langue de travail principale. De plus, le mentorat structuré et les stages d'observation doivent être systématisés pour faciliter l'insertion socioprofessionnelle des nouvelles arrivantes et nouveaux arrivants.

Troisièmement, la valorisation du bilinguisme et de l'offre active en français doit dépasser le stade du discours pour s'ancrer dans les conditions de travail. Le bilinguisme n'est pas qu'un simple atout, mais une compétence professionnelle essentielle, et il doit être reconnu comme tel grâce à des incitatifs financiers et d'autres mécanismes de reconnaissance. Cette valorisation doit aussi passer par un soutien accru à la formation en français en milieux minoritaires, notamment en augmentant l'offre de stages et en créant des corridors de formation délocalisés. Il est aussi crucial d'investir dans le perfectionnement des gestionnaires, afin de les outiller pour la diversité culturelle et la promotion de l'offre active des services en français au sein de leurs établissements.

Enfin, il faut veiller à ce que la transformation numérique serve les communautés. Concrètement, il s'agit d'assurer un déploiement coordonné des innovations technologiques, comme la télésanté en français, les plateformes de prise de rendez-vous (qui doivent être bilingues) et les outils linguistiques intelligents. Celles-ci pourraient aider au repérage systématique des patients et patientes francophones dès leur entrée dans le système, documenter leur langue et faire en sorte qu'on les oriente vers des cliniciennes et cliniciens capables de les servir dans cette langue. Ces solutions doivent cependant être encadrées par des balises claires pour garantir le respect de la confidentialité des données linguistiques, renforcer l'offre active et l'appariement de la patientèle avec le bon personnel soignant, et améliorer la continuité des parcours et la qualité de la relation de soins en français; cela, tout en évitant que la technologie soit utilisée comme prétexte pour réduire les effectifs humains ou renoncer à la création et au maintien de postes francophones sur le terrain.

Pour conclure, la pérennité des services de santé en français en milieu minoritaire exige un changement de paradigme : il faut passer d'une gestion fragmentée et réactive à une planification intégrée de la main-d'œuvre, appuyée par des données, une gouvernance nationale forte et une politique d'immigration cohérente. La mise en œuvre coordonnée de la stratégie proposée ici — fondée sur une nouvelle gouvernance, des parcours professionnels fluides, une attraction ciblée et une transformation numérique bien encadrée — constitue la condition pour garantir, d'ici 2035, un accès équitable et sécuritaire aux soins en français pour l'ensemble des CFSM.

Il faut passer d'une gestion fragmentée et réactive à une planification intégrée de la main-d'œuvre.

INTRODUCTION ET CADRE DE RÉFÉRENCE

1.1 Préambule : l'urgence d'une intervention systémique

Le système de santé canadien, longtemps cité en exemple pour son universalité, traverse actuellement une période de turbulences structurelles d'une ampleur inédite. Au-delà des cycles habituels de réformes et de refinancement, le réseau fait face à une crise profonde touchant ses ressources humaines. Dans ce paysage complexe, les communautés francophones en situation minoritaire (CFSM) ne sont pas de simples spectatrices; elles se trouvent à l'épicentre d'une tempête parfaite.

Cette étude, commandée par le Réseau de développement économique et d'employabilité (RDÉE Canada), part d'un constat alarmant : dans les CFSM, la pérennité même des services de santé en français est menacée. Cette menace ne relève pas d'une hypothèse lointaine, mais d'une réalité observable quotidiennement dans les corridors des hôpitaux, les cliniques rurales et les centres de soins de longue durée. Dans leurs moments de vulnérabilité — lorsqu'ils sont âgés, malades, en détresse psychologique —, les patients et les patientes francophones se heurtent de plus en plus fréquemment à un mur linguistique qui compromet la qualité, la sécurité et l'humanité des soins qu'ils reçoivent[1].

1.2 Le contexte juridique et la réalité démographique

L'analyse de la situation doit s'ancrer dans deux réalités fondamentales : l'une juridique, l'autre démographique.

Sur le plan juridique, ce rapport s'inscrit dans le sillage de la modernisation de la *Loi sur les langues officielles*[2]. Cette loi fédérale impose désormais des obligations accrues aux institutions pour soutenir le développement et la vitalité des minorités linguistiques[3]. Bien que l'administration des soins de santé relève de la compétence exclusive des provinces et territoires selon la constitution, le gouvernement fédéral conserve des leviers d'intervention puissants : les transferts en santé et les programmes d'appui aux communautés de langue officielle. La santé apparaît donc comme un champ d'application critique de la *Loi sur les langues officielles*, car la barrière linguistique est plus qu'un inconvénient administratif; elle est un facteur de risque clinique avéré. Les études démontrent que l'absence de communication claire entre le personnel soignant et la patientèle augmente significativement les risques d'erreurs, de diagnostics erronés, de réadmissions hospitalières et de non-adhésion aux traitements chroniques.

Sur le plan démographique, les CFSM font face à ce que les spécialistes qualifient de « double peine ». Premièrement, on observe un vieillissement accéléré de la population francophone de souche. Dans de nombreuses régions rurales de l'Ontario, du Nouveau-Brunswick et du Manitoba, la moyenne d'âge des francophones dépasse celle de la population générale. Ce vieillissement génère une demande immédiate, massive et complexe de soins, de services de soutien à domicile et de gestion des maladies chroniques multiples. Deuxièmement, la croissance démographique de ces communautés repose désormais quasi exclusivement sur l'immigration francophone. Ces nouvelles arrivantes et nouveaux arrivants, essentiels à la vitalité linguistique, présentent des besoins particuliers en matière d'accueil, d'orientation et de soins primaires, nécessitant une compétence culturelle que le réseau actuel peine parfois à offrir.

L'analyse de la situation doit s'ancrer dans deux réalités fondamentales : l'une juridique, l'autre démographique.

1 Michael Reaume et collab., « Qualité et sécurité des services de santé offerts en situation linguistique minoritaire en Ontario : investigations des données administratives de santé », *Minorités linguistiques et société*, no 22 (2024). Sarah Bowen, *L'impact de la barrière linguistique sur la sécurité des patients et la qualité des soins*, Ottawa, Société Santé en français, 2015. / Louise Bouchard et Martin Desmeules, *Les défis de l'accès aux services de santé en français*, Ottawa, Consortium national de formation en santé, 2013.

2 Parlement du Canada, Loi modifiant la *Loi sur les langues officielles, édictant la Loi sur l'usage du français au sein des entreprises privées de compétence fédérale et apportant des modifications connexes à d'autres lois* (Projet de loi C-13), 1re session, 44e législature, sanctionnée le 20 juin 2023, L.C. 2023, ch. 15.

3 Commissariat aux langues officielles, *Rapport annuel 2023-2024*, Ottawa, Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux Canada, 2024.

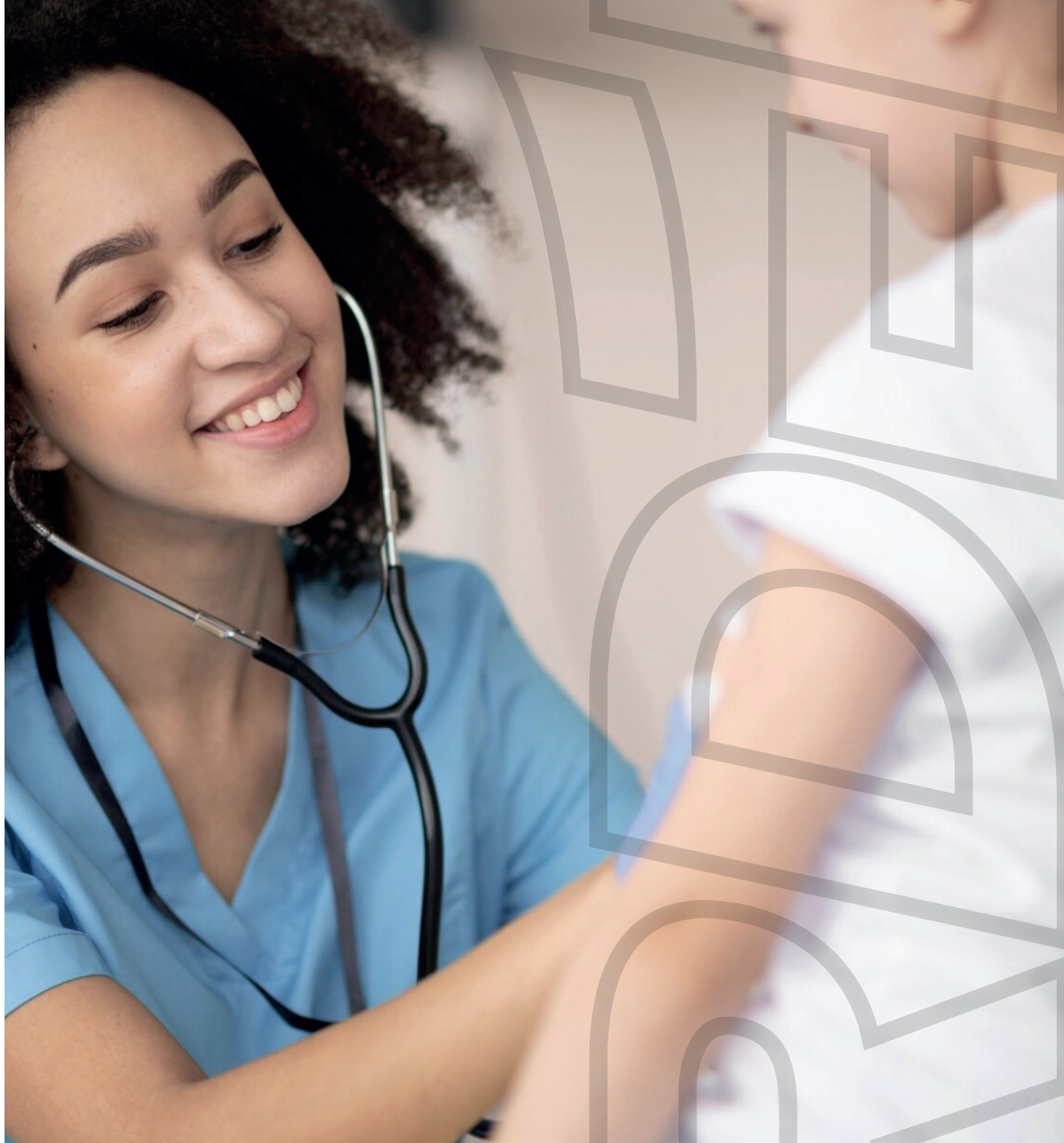
1.3 Mandat et objectifs détaillés de l'étude

Pour dépasser les constats anecdotiques et les perceptions locales, RDÉE Canada a mandaté la firme Phar de réaliser une étude exhaustive, car il y a un besoin urgent de rationalisation des efforts. En effet, en matière de santé francophone, les initiatives ont été jusqu'ici trop souvent fragmentées, pilotées à vue ou basées sur des intuitions plutôt que sur des données robustes.

Les objectifs de ce mandat étaient multiples et ambitieux :

- Mettre à jour le profil démographique et professionnel de dix professions clés de la santé (dont la médecine, les soins infirmiers et le travail social) en cartographiant précisément les effectifs disponibles par province.
- Mesurer l'évolution de l'insertion professionnelle des immigrantes et immigrants francophones au cours des cinq dernières années, afin de comprendre pourquoi l'augmentation des cibles d'immigration ne se traduit pas encore par une amélioration tangible des services sur le terrain.
- Quantifier les besoins en main-d'œuvre à l'horizon 2030-2035 en tenant compte des départs à la retraite et de la croissance de la demande.
- Analyser la reproductibilité des initiatives pilotes réussies et proposer des solutions se prêtant à une mise à l'échelle nationale.

MÉTHODOLOGIE ET PROTOCOLE DE RECHERCHE



Pour garantir la validité scientifique et la pertinence opérationnelle des conclusions, l'équipe de recherche a déployé une méthodologie mixte et itérative reposant sur l'apport de trois sources d'information.

2.1 La revue documentaire et la veille stratégique

La première phase a consisté en une analyse documentaire approfondie. L'équipe a recensé, classifié et analysé plus de 200 documents pertinents, publiés au cours des cinq dernières années (entre 2020 et 2025). Ce corpus comprend :

- Les rapports stratégiques de Santé Canada et d'Emploi et Développement social Canada;
- Les publications de l'Institut canadien d'information sur la santé ayant trait à la main-d'œuvre;
- Les analyses sectorielles des ordres professionnels provinciaux et nationaux;
- La littérature grise, c'est-à-dire la documentation produite par les réseaux de santé en français et les associations communautaires;
- Des études universitaires sur l'intégration des professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger.

Cette recherche a permis d'établir un état des lieux, d'identifier les lacunes dans la littérature existante et de comparer les pratiques canadiennes aux normes internationales de gestion des ressources humaines pour les soins de santé en contexte linguistique minoritaire. Elle a aussi servi à repérer de bonnes pratiques susceptibles d'être appliquées au Canada.

2.2 L'exploitation des données

En matière d'exploitation de données quantitatives, l'équipe a travaillé avec des tableaux personnalisés, produits à partir de données de Statistique Canada issues du recensement de 2021 et de projections démographiques mises à jour en 2025. Elle avait aussi à sa disposition des données d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

Le croisement de ces données a permis de générer des portraits statistiques d'une granularité inédite, révélant la composition exacte du bassin de main-d'œuvre francophone province par province et mettant en lumière le rôle crucial — et souvent sous-estimé — de l'immigration dans le maintien des services.

2.3 Les consultations qualitatives : la voix du terrain

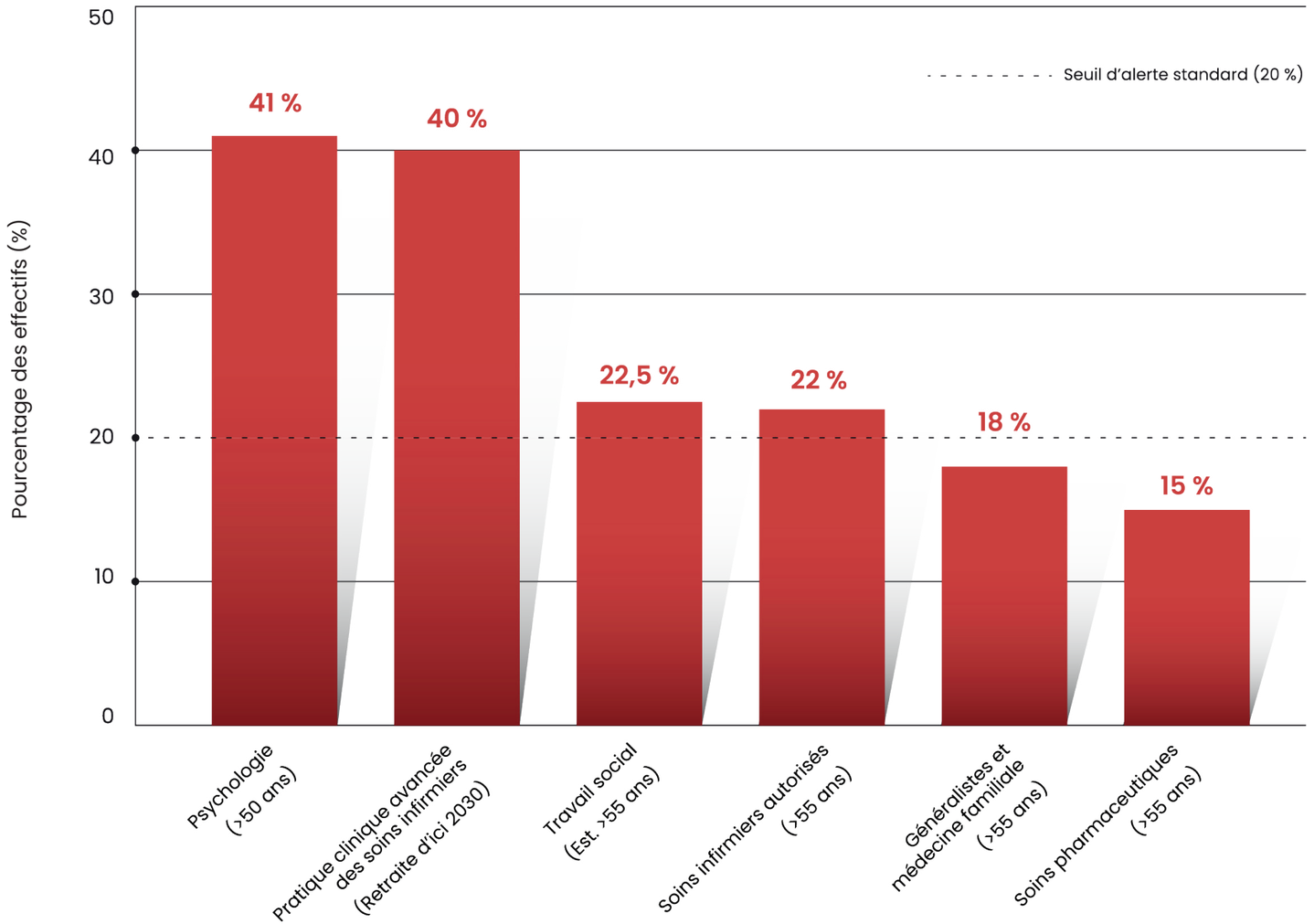
Pour capter la réalité vécue, les barrières invisibles et les dynamiques organisationnelles, une vaste démarche de consultation a été menée à la fin de l'été 2025.

- Groupes de discussion sectoriels — Des groupes de discussion ont été organisés pour chacune des professions ciblées (soins pharmaceutiques, pratique infirmière autorisée, pratique clinique avancée des soins infirmiers, psychothérapie, aide à domicile, etc.). Ils ont réuni des praticiennes et praticiens en exercice, des gestionnaires de première ligne et une représentation des associations professionnelles. Ils ont permis de bonifier les hypothèses issues des données, d'identifier les « irritants » quotidiens qui poussent les effectifs professionnels à quitter le réseau, d'illustrer les enjeux de recrutement, de mesurer la dynamique linguistique sur le terrain et de revenir sur la notion d'offre active.
- Entrevues d'expertes et d'experts — En complément, des entrevues approfondies ont été menées avec une vingtaine de personnes qui, par leurs fonctions, exercent une grande influence dans le dossier. Parmi elles figuraient des décisionnaires provinciaux et territoriaux, ainsi que des responsables des organisations suivantes :
    - La Société Santé en français;
    - Le Réseau canadien des personnels de santé;
    - Santé Canada (modélisation de la main-d'œuvre).

Ces entretiens ont permis de prendre de la hauteur. Ils ont aussi aidé à cerner les leviers politiques et systémiques nécessaires à la transformation du système, compte tenu des enjeux sur le terrain.

DIAGNOSTIC MACRO-ENVIRONNEMENTAL ET SYSTÉMIQUE

Le mur du vieillissement chez le personnel de la santé au sein des CFSM



Note : Le seuil d'âge varie selon la durée de formation (50+ pour Psychologues/IP vs 55+ pour les autres

3.1 Un bassin de main-d'œuvre fragilisé

Le secteur de la santé constitue indéniablement un moteur de l'emploi au Canada. Avec près de 1,7 million de travailleuses et de travailleurs en 2024, il affiche une croissance annuelle de l'emploi avoisinant les 2,7 %, soit un rythme deux fois supérieur à celui de l'ensemble de l'économie canadienne[1]. Cette expansion rapide pourrait laisser croire que tout y est pour le mieux. Or, cette vitalité de surface masque une fragilité structurelle alarmante liée à la pyramide des âges de ses effectifs.

Les données consolidées pour 2024 et 2025 révèlent que 17,9 % des personnes qui travaillent dans le secteur ont désormais franchi le cap des 55 ans[2]. Bien que ce chiffre marque un très léger repli technique par rapport au pic historique de 2018, il confirme une tendance lourde et inéluctable : parmi ses effectifs professionnels, près d'une personne sur cinq s'apprête à prendre sa retraite à court ou moyen terme.

Cette vague massive de départs ne représente pas seulement une perte numérique : ce ne sont pas que des « bras » qu'on perd, mais un savoir critique. En effet, les personnes qui quittent sont souvent celles qui détiennent l'expertise clinique la plus pointue et qui portent la mémoire institutionnelle; autrement dit, ce sont celles qui possèdent le leadership nécessaire pour encadrer la relève. La simultanéité de ces départs risque de rompre la chaîne de transmission des connaissances, laissant les jeunes cohortes sans mentorat adéquat dans un environnement de plus en plus complexe.

Cette attrition naturelle se heurte frontalement à des pénuries structurelles persistantes. En 2024, le Canada recensait près de 80 000 postes vacants dans le secteur de la santé et des services sociaux[3]. L'analyse géographique de ces postes vacants révèle une iniquité flagrante : les vacances affectent de manière disproportionnée les régions rurales, éloignées et nordiques — où se trouve une composante essentielle et historiquement significative de la francophonie canadienne.

Propulsée par le vieillissement de la population générale et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la demande de soins croît désormais plus vite que les universités et collèges canadiens ne peuvent former la main-d'œuvre nécessaire à leur prestation. Nous sommes face à un déficit structurel chronique que le marché intérieur ne parvient plus, mathématiquement, à combler[4]. La situation est encore plus grave en ce qui a trait à la formation de personnel pour les CFSM.

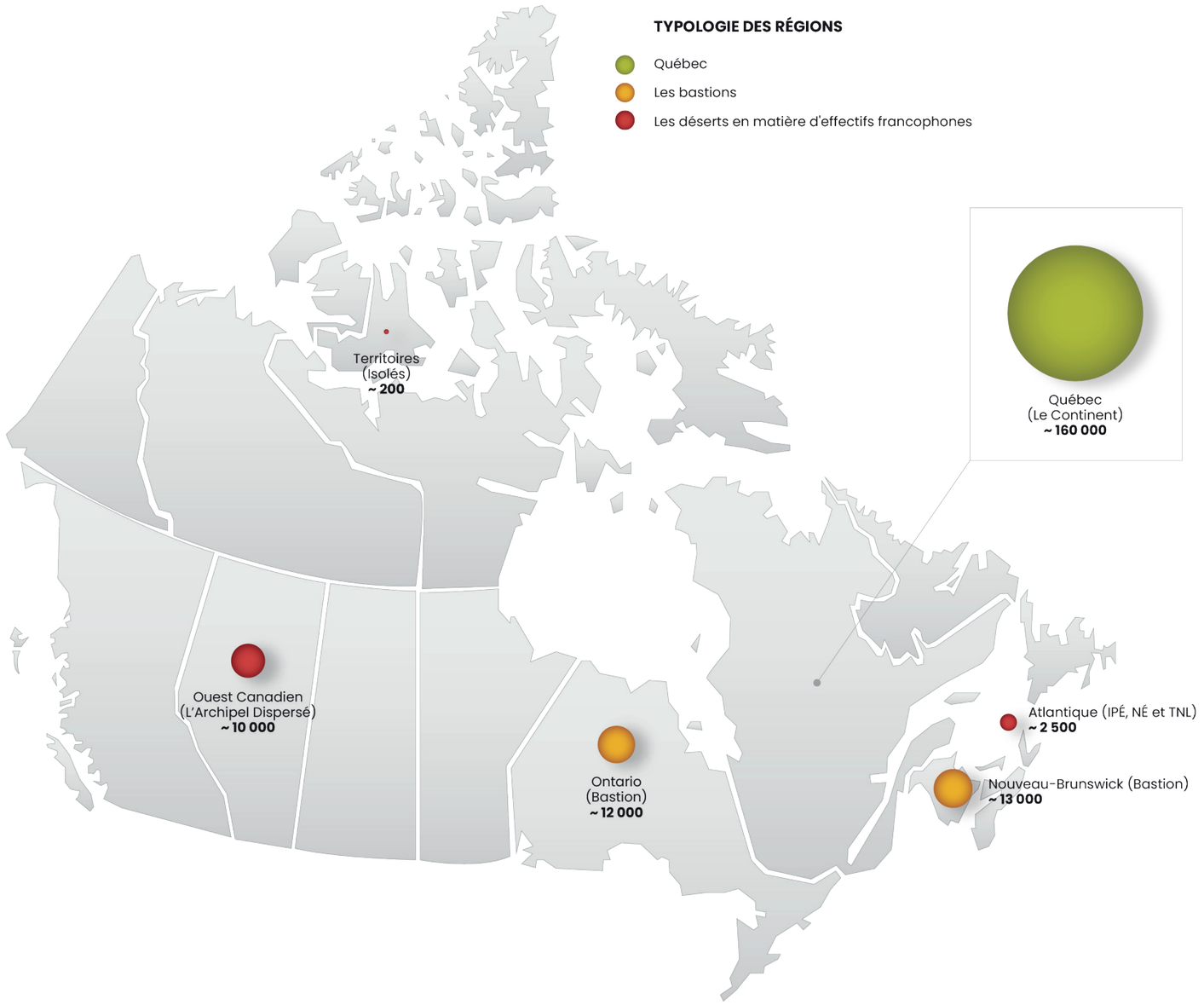
1 Institut canadien d'information sur la santé, *La main-d'œuvre de la santé au Canada, 2023 : données sommaires*, Ottawa, ICIS, 2024.

2 Bertrand Ouellet-Léveillé et Gabriel St-Amant, *Les langues officielles et les travailleurs de la santé au Canada : un portrait*, Statistique Canada, Ottawa, 2025). [https://sante-closm.ca/wp-content/uploads/2025/04/Ouellet-Leveille-2025a_Les-langues-officielles-et-les-travailleurs-de-la-sante-au-Canada-_FRA.pdf]

3 Statistique Canada, « Postes vacants, quatrième trimestre de 2023 », *Le Quotidien*, 19 mars 2024.

4 Effectif de la santé Canada, *Modélisation et prévision de la main-d'œuvre en santé au Canada : Rapport d'analyse de la situation actuelle*, Ottawa, Effectif de la santé Canada, 2024.

Fracture géographique



3.2 Un déficit chronique de données

L'un des obstacles les plus pernicieux relevés par le comité consultatif est, comme l'a confirmé l'analyse documentaire très poussée qui a été réalisée, l'absence de données linguistiques normalisées et fiables. Ce phénomène, qualifié de « fracture des données », constitue le talon d'Achille de toute politique de planification.

À l'heure actuelle, il est techniquement impossible de dresser un portrait national précis, irréfutable et à jour de l'offre de services en français, car la variable linguistique n'est pas une donnée obligatoire et standardisée dans l'architecture informationnelle du réseau, sauf en Ontario.

Au niveau des ordres professionnels, la majorité ne demande pas formellement à leurs membres de déclarer s'ils ou elles ont la capacité d'offrir des services en français lors de leur inscription ou du renouvellement annuel de leur permis de pratique. Lorsqu'elle existe, cette donnée repose souvent sur une autodéclaration subjective (« Parlez-vous français ? Oui/Non. »), sans validation standardisée de la capacité réelle. Cela mène à deux biais statistiques majeurs qui faussent la réalité.

- La surestimation : des professionnelles et professionnels déclarent parler français sur la base d'un bilinguisme conversationnel ou scolaire, insuffisant pour mener un accompagnement médical complet; il en résulte une fausse impression de sécurité.
- La sous-estimation : bon nombre de professionnels et professionnelles qui ont la capacité d'offrir un accompagnement médical complet en français choisissent délibérément de ne pas cocher la case « français » par crainte de se voir surchargés de travail, obligés de fournir des services de traduction en plus de leurs fonctions normales ou d'hériter de tous les dossiers complexes sans reconnaissance institutionnelle ou salariale ni allègement de leur tâche.

Au niveau des gouvernements provinciaux ou territoriaux, on manque aussi de données sur la demande de services en français. En effet, seuls quatre d'entre eux — l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.), le Manitoba et la Nouvelle-Écosse — ont implanté un identifiant linguistique sur la carte santé. Ailleurs au pays, le réseau opère littéralement à l'aveugle quant à savoir s'il y a ou non équité linguistique en santé.

L'équité linguistique dépend de l'offre active de services en français, laquelle suppose qu'un établissement a la capacité d'identifier la patientèle francophone au point d'entrée (accueil ou admission), sans attendre qu'elle demande le service en français, puis à l'orienter vers des ressources capables de la servir dans cette langue[1].

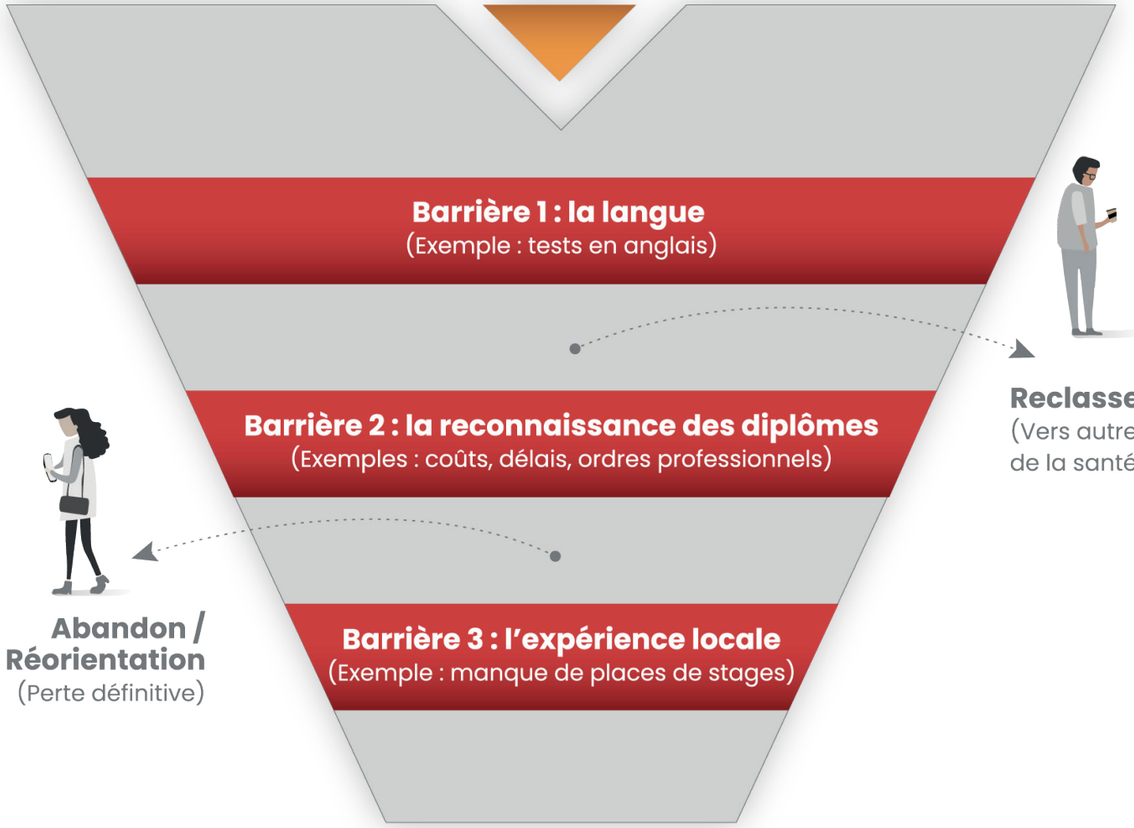
Cette lacune opérationnelle majeure empêche toute planification basée sur des aspects tangibles. Elle rend impossible l'optimisation des ressources bilingues ou francophones existantes (leur appariement avec la patientèle à la recherche de services en français)[2] et ne permet pas de démontrer aux décisionnaires politiques l'ampleur réelle des besoins non comblés.

1 Pier Bouchard et collab., « L'engagement des futurs professionnels en faveur de l'offre active et d'un système adapté linguistiquement et culturellement », dans *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, 2017.

2 Kady Carr et collab., « Évaluer le potentiel de soins linguistiquement concordants pour les francophones de l'Ontario : une étude populationnelle transversale », *Minorités linguistiques et société*, no 22, 2024.

L'immigration : un potentiel entravé

Arrivée des talents
(Immigrants francophones qualifiés)



Reclassement
(Vers autres professions de la santé)

Abandon / Réorientation
(Perte définitive)

Intégration réussie
(Pratique à pleine compétence)

3.3 L'immigration : un potentiel entravé

L'immigration francophone est identifiée unanimement par l'ensemble des parties prenantes (gouvernements, associations, employeurs) comme un levier stratégique incontournable pour le maintien des services de santé en milieu minoritaire. Les efforts politiques en amont ont porté fruit : les cibles fédérales ont été relevées et les admissions de résidentes et résidents permanents francophones hors Québec ont connu une croissance très soutenue au cours des dernières années, passant de 3 000 admissions ciblées en 2020-2021 à près de 29 000 en 2024[1].

Cependant, une fois arrivés sur le sol canadien, ces talents se heurtent à une véritable course à obstacles. Le secteur de la santé, hautement réglementé, peine lourdement à les intégrer, malgré leurs qualifications.

- Le gaspillage des compétences — On observe un phénomène de « déclassement professionnel » massif et systémique. De nombreux médecins spécialistes, infirmiers, infirmières et technologues expérimentés, formés à l'étranger, se retrouvent cantonnés dans des emplois de survie[2]. Ils sont bloqués par la non-reconnaissance de leurs titres, la complexité des processus d'évaluation des équivalences et l'absence de places de stage pour valider leurs compétences cliniques en contexte canadien.

- La barrière linguistique inversée — Dans les provinces majoritairement anglophones, une barrière inattendue s'érige devant les candidates et candidats francophones : la langue anglaise. Paradoxalement, du personnel de santé recruté spécifiquement pour servir des populations francophones se voit imposer par les ordres professionnels des tests d'anglais standardisés (tels que l'IELTS ou le CELBAN). Des francophones qui ont d'excellentes compétences dans l'une ou l'autre des professions de la santé peuvent ainsi se voir refuser le droit de pratique parce qu'ils et elles n'atteignent pas un niveau universitaire à l'écrit en anglais, et ce, même si leur poste se situe dans un centre de santé communautaire francophone ou bilingue. Ce deux-poids-deux-mesures crée une iniquité flagrante d'accès au marché du travail.

- La triple marginalité — De plus, les consultations qualitatives révèlent que certains effectifs professionnels issus de l'immigration subissent une discrimination, consciente ou non, fondée à la fois sur la provenance, la langue et l'accent[3]. Cette « triple marginalité » touche notamment les personnes provenant d'Afrique subsaharienne ou du Maghreb, qui se voient freinées dans leur embauche, leur ascension professionnelle et leur intégration durable au sein des équipes de soins, et elle contribue à un taux de roulement élevé parmi cette population[4].

En somme, le marché de l'emploi dans le secteur de la santé au Canada est souvent mal préparé à l'accueil des immigrantes et immigrants francophones. Ceux-ci se heurtent à des obstacles imprévus, comme l'obligation de retourner aux études, et font face à un environnement professionnel souvent peu accueillant. Ce paradoxe est coûteux au plan humain et social. Car ces talents, recrutés pour combler la pénurie de main-d'œuvre et contrer le déclin démographique, on ne parvient pas à les intégrer et, finalement, les CFSM sont privées du renouveau qu'elles attendaient.

1 Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, *Atteindre les cibles d'immigration francophone : Rapport sur les progrès réalisés*, Ottawa, 2024, p. 5.
2 Ivy Lynn Bourgeault et collab., « Brain Gain, Drain and Waste: The Experiences of Internationally Educated Health Professionals in Canada », *Health Worker Migration*, 2010. Kristyn Frank et collab., *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2023.
3 Amal , « L'immigration transnationale africaine francophone en milieu minoritaire et son impact sur l'intégration dans la société canadienne », *Francophonies d'Amérique*, no 46-47, p. 127-148.
4 Excellence en santé Canada, *Considérations stratégiques pour la rétention du personnel de santé formé à l'étranger*, Ottawa, 2024.

3.4 Les politiques publiques et investissements récents : des exemples rares à multiplier

Dans ce cadre particulier, des signaux politiques positifs émergent et offrent des opportunités à saisir. Le gouvernement fédéral a reconnu l'urgence de la situation en investissant 14,3 millions de dollars en 2025 par l'entremise du Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers. Cet investissement vise tout particulièrement à accélérer l'intégration de 3 500 professionnelles et professionnels de la santé formés à l'étranger.

Parallèlement, certaines provinces prennent elles aussi des initiatives ciblées. Par exemple, la Nouvelle-Écosse a lancé le projet NICHE, doté de 10 millions de dollars, qui vise à créer des voies rapides pour l'entrée en pratique des professionnelles et professionnels formés à l'étranger. L'Ontario a investi dans la formation en français de préposées et préposés aux services de soutien à la personne au Collège Boréal.

Toutefois, ces mesures restent pour l'instant fragmentées, ponctuelles et inégales. Elles peinent à former un écosystème cohérent et performant capable de renverser la vapeur démographique à l'échelle nationale.

PANORAMA PROFESSIONNEL

La vitalité d'un système de santé se mesure d'abord à la robustesse de sa première ligne. C'est à ce point d'entrée que se jouent la prévention, le dépistage précoce et la gestion des maladies chroniques. Pour les CFSM, l'accès à cette première ligne en français n'est pas un luxe, mais une condition sine qua non de la sécurité des soins.

De même, si la pénurie de médecins menace la santé physique, la pénurie de spécialistes de la santé mentale menace la cohésion sociale des communautés. La pandémie de COVID-19 a agi comme un révélateur et un accélérateur de détresse psychologique, faisant exploser la demande de services. Or, pour les francophones en situation minoritaire, cette demande se heurte trop souvent à une fin de non-recevoir ou à des délais d'attente prohibitifs, créant en somme des « déserts thérapeutiques ».

4.1 Généralistes et médecine familiale *(CNP 31102)*

Portrait quantitatif

L'analyse des données de Statistique Canada révèle une distorsion géographique majeure dans la répartition de la main-d'œuvre médicale francophone. Sur un effectif national d'environ 60 000 généralistes (omnipraticiens ou omnipraticiennes), le Canada compte approximativement 15 000 francophones (ayant le français comme première langue officielle parlée).

Cependant, d'un point de vue géographique, ces forces vives sont hyperconcentrées. Le Québec absorbe à lui seul 13 525 généralistes, soit 90 % du bassin francophone national. Le « reste du Canada » doit donc composer avec un contingent résiduel d'environ 2 000 médecins francophones pour servir une population dispersée dans neuf provinces et trois territoires.

Une analyse granulaire de ce contingent permet de distinguer trois zones de densité variable :

- Les « bastions » (Ontario et Nouveau-Brunswick) — L'Ontario dispose du bassin le plus volumineux, estimé entre 1 200 et 1 500 médecins, concentrés principalement dans l'est et le nord-est. Le Nouveau-Brunswick, seule province officiellement bilingue, maintient un bassin stable de 600 à 800 médecins francophones, dont aucun ne provient de l'immigration d'après les données recueillies, ce qui suggère une autosuffisance locale dans la formation grâce à l'Université de Sherbrooke (campus de Moncton).
- La « zone de transition » (Manitoba) — Avec un effectif estimé entre 70 et 150 médecins francophones, le Manitoba parvient à maintenir une offre structurée, notamment grâce à l'Université du Manitoba et aux initiatives de santé en français, bien que la pression demeure forte en zone rurale.
- Les « zones de pénurie importante » (Ouest et Atlantique, hormis le Nouveau-Brunswick) — En Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, les effectifs sont faméliques, oscillant entre 50 et 150 médecins par province. Dans ces régions, la présence médicale francophone est souvent le fruit de parcours individuels (migration interne ou internationale) plutôt que d'une planification systémique. Les territoires (Yukon, T. N.-O. et Nunavut) comptent chacun moins de 20 médecins francophones, rendant l'accès aux soins en français aléatoire et dépendant de la présence sporadique de locuteurs ou locutrices.

Dépendance envers l'immigration et absence de mobilité interprovinciale

L'étude met en lumière une corrélation directe entre la densité francophone régionale et le poids de l'immigration dans la composition du corps médical. Dans les provinces de l'Atlantique et au Québec, le corps médical francophone est alimenté quasi exclusivement par la population locale. À l'inverse, dans les provinces de l'Ouest (Colombie-Britannique et Alberta), une part significative et croissante des médecins capables d'offrir des services en français est issue de l'immigration internationale ou de la migration interprovinciale récente. Cette dépendance accrue envers l'immigration rend ces communautés vulnérables aux lourdeurs administratives fédérales et provinciales relatives aux permis de travail et de résidence.

Parallèlement, la mobilité interprovinciale est souvent décrite comme « sclérosée »[1]. Malgré la pénurie, il demeure administrativement difficile et coûteux pour un médecin formé au Québec ou au Nouveau-Brunswick d'aller prêter main-forte, même temporairement, à une communauté francophone de l'Alberta ou de la Nouvelle-Écosse. L'absence d'un permis d'exercice national et l'autonomie des collèges provinciaux de médecins créent des silos étanches qui empêchent une gestion fluide et solidaire de la pénurie pancanadienne[2].

L'enjeu qualitatif : traitement du bilinguisme comme un simple atout

Sur le plan qualitatif, les groupes de discussion avec les gestionnaires ont révélé une faille dans les processus de recrutement. Dans les provinces ou territoires où l'anglais est majoritaire, la compétence en français est encore trop souvent traitée comme un *nice to have* — un atout — plutôt que comme une exigence réelle. Conséquemment, lors de l'embauche, la candidature d'unilingues anglophones est souvent privilégiée par défaut, même pour des postes servant une population acadienne ou francophone, ce qui a pour effet de perpétuer la dilution de l'offre de services. Les commissaires aux langues officielles notent que les gestionnaires d'embauche (souvent aussi unilingues) perçoivent le bilinguisme non comme une compétence essentielle, mais plutôt comme une « contrainte » qui réduit le bassin de candidatures. Cela les incite à abaisser les exigences linguistiques pour « faciliter » l'embauche, tous secteurs confondus[3].

4.2 Soins infirmiers autorisés *(CNP 31301)*

Portrait quantitatif

Avec un effectif total de 323 000 infirmières et infirmiers autorisés, la profession infirmière constitue le groupe professionnel le plus important du système de santé. Hors Québec, on estime à environ 20 000 les effectifs francophones, ce qui représente environ 6,5 % de la main-d'œuvre nationale hors de la belle province.

La répartition géographique suit les tendances démographiques lourdes. Au Nouveau-Brunswick, environ 30 % sont francophones (environ 7 000 infirmières et infirmiers autorisés), assurant une couverture relativement adéquate, bien que sous tension. En Ontario, le nombre absolu est élevé, mais seulement 4 % des effectifs ont le français comme langue maternelle, et environ 10 à 12 % se déclarent capables de soutenir une conversation, ce qui ne garantit pas nécessairement la compétence clinique requise pour des soins complexes[4].

Attrition précoce et conditions de travail

Le diagnostic le plus alarmant concernant la profession est celui de l'attrition. Les données et les témoignages convergent pour décrire une « hémorragie » des effectifs en début de carrière. Dans certaines régions de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, jusqu'à 40 % des jeunes infirmiers et infirmières quittent la profession ou le réseau public dans les cinq premières années de pratique.

Les causes de cet exode sont systémiques et bien documentées : une surcharge chronique de travail, des ratios personnel-patientèle dangereux et, surtout, un usage abusif des heures supplémentaires obligatoires, devenues le mode de gestion par défaut. Pour le personnel francophone en milieu minoritaire, une pression additionnelle s'ajoute : le « fardeau des bilingues ». En plus de s'occuper de ses propres patients et patientes, il doit fréquemment intervenir en plus auprès de tous les francophones hospitalisés dans l'unité ou dans l'hôpital, augmentant sa charge mentale et physique sans reconnaissance salariale ni allègement de ses tâches régulières. Cette surcharge accélère l'épuisement professionnel chez cette ressource rare.

1 Association médicale canadienne, *Profil des médecins omnipraticiens au Canada*, 2022, tableau 4, Ottawa, 2023.
2 Collège des médecins de famille du Canada, *Prescription pour les soins primaires : un appel à l'action*, Mississauga, 2023. / Aurel Schofield, « Solutions pour répondre à la pénurie de médecins francophones à l'échelle canadienne », *Francopresse*, 19 juin 2025.
3 Commissariat aux langues officielles, *Rapport annuel 2019-2020*, Ottawa, Ministre des Services publics et de l'Approvisionnement et de l'Accessibilité, 2020.
4 Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, *Statistiques sur l'inscription 2023*, Toronto, 2024.

Le goulot d'étranglement du NCLEX-RN

Un obstacle majeur à l'entrée dans la profession a été clairement identifié lors des consultations : l'examen d'entrée national (NCLEX-RN). Depuis son adoption en 2015, à la place de l'examen canadien, cet examen conçu aux États-Unis pose un problème majeur d'équité linguistique[1]. En effet, la traduction française est jugée inadéquate par les milieux universitaires et cliniques, car elle comporte des termes déconnectés de la réalité canadienne et des tournures de phrases alambiquées.

Les conséquences sont mesurables : des taux d'échec disproportionnés chez les francophones comparativement aux anglophones. Cet obstacle artificiel décourage la relève à se former en français, retarde l'entrée sur le marché du travail de candidates et candidats qualifiés et force certains d'entre eux à passer l'examen en anglais, fragilisant leur confiance en leur capacité à pratiquer en français.

La pénurie de formation bilingue

L'offre de formation en français en zone francophone minoritaire est limitée. À l'exception de l'Université d'Ottawa et de l'Université de Moncton, les programmes sont rares. L'exemple de l'Université de l'Alberta est frappant : on compte à peine 17 personnes étudiant dans son programme bilingue en sciences infirmières la deuxième année. Avec des cohortes aussi réduites, le remplacement naturel des départs à la retraite (22 % des effectifs ont plus de 55 ans) est mathématiquement impossible. Les communautés francophones dans l'Ouest sont donc condamnées à une pénurie structurelle permanente si on n'élargit pas de façon massive les possibilités de formation.

4.3 Pratique clinique avancée des soins infirmiers *(CNP 31302)*

Une profession en pleine expansion, mais linguistiquement stagnante

À l'échelle pancanadienne, le rapport fédéral *Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada* (Santé Canada, 2025) confirme que la pratique clinique avancée des soins infirmiers (infirmiers praticiens et infirmières praticiennes) constitue l'une des rares professions du domaine de la santé où l'offre de main-d'œuvre devrait dépasser la demande d'ici 2034, cela, en raison d'une augmentation soutenue des places de formation au cours des dernières années. Cette étude, qui porte sur l'ensemble de ces effectifs infirmiers au Canada sans distinction linguistique, projette un taux de croissance annuel moyen de 4,1 % pour la profession entre 2022 et 2034 et souligne que l'augmentation de la capacité pourrait permettre de combler l'écart entre l'offre et la demande autour de 2031.

La profession connaît une croissance fulgurante au Canada, affichant une augmentation des effectifs de 25 % depuis 2018 pour atteindre environ 6 500 praticiens et praticiennes. Cette croissance répond à une volonté politique de pallier la pénurie de médecins de famille par d'autres effectifs professionnels capables de poser des diagnostics, de prescrire des médicaments et d'orienter les patients ou patientes.

Cependant, la composante francophone de cette profession ne suit pas la même courbe de croissance hors des bastions traditionnels. On estime à moins de 1 000 les effectifs francophones au Canada et on les trouve presque exclusivement dans l'Est du pays. À l'ouest de l'Ontario et dans les territoires, la présence d'effectifs capables d'offrir des soins en français est rare, voire inexistante dans de vastes régions rurales.

1 Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Rapport sur les ressources humaines en soins infirmiers : Crise et opportunités*, Ottawa, 2023, p. 18.

Un potentiel inexploité en région

La pratique clinique avancée des soins infirmiers est pourtant unanimement reconnue comme une solution souple, efficace et économique pour améliorer l'accès aux soins primaires en milieu minoritaire. Ces effectifs infirmiers sont souvent plus enclins que les médecins à s'installer en région et à adopter une approche holistique et communautaire. Toutefois, leur déploiement est freiné par des obstacles administratifs : manque de postes budgétés dans les organigrammes, absence d'infrastructures physiques (bureaux de consultation) en région rurale et résistance des ordres professionnels dans certaines provinces ou certains territoires.

Le défi du renouvellement

Le profil démographique des francophones en pratique clinique avancée est en outre préoccupant. Les données indiquent que cette cohorte est plus âgée que la moyenne de la profession infirmière en général. On estime que 40 % des infirmiers praticiens et des infirmières praticiennes bilingues actuellement en poste prendront leur retraite d'ici 2030. Il faut s'attendre à un bris de service majeur à moins d'une accélération immédiate de la formation, mais celle-ci est freinée par le manque critique de lieux de stages cliniques supervisés en français. La continuité des soins dans plusieurs cliniques communautaires francophones est donc menacée.

4.4 Soins pharmaceutiques *(CNP 31120)*

Un enjeu de sécurité publique important

Si la pénurie de médecins et de personnel infirmier affecte l'accès aux soins, la pénurie de pharmaciennes et de pharmaciens francophones affecte directement la sécurité des soins. Le personnel de pharmacie est le dernier filet de sécurité avant la prise de médicaments. Une incompréhension à ce stade peut avoir des effets importants sur la santé des patients et patientes.

Les données révèlent une situation préoccupante : le pays compte environ 1000 pharmaciennes et pharmaciens francophones (hors Québec); les communautés francophones en situation minoritaire n'ont donc à leur disposition que des ressources minimes. En Ontario, où se trouve la plus importante population francophone en milieu minoritaire, à peine 7 % du personnel de pharmacie se déclare capable d'offrir des services en français. À l'échelle des communautés minoritaires du pays, on estime que 50 % de la patientèle n'a aucun accès à des soins pharmaceutiques dans sa langue maternelle. Cette rupture de service contraint la moitié des francophones à devoir comprendre des instructions complexes sur la posologie, les interactions et les effets secondaires dans une langue dont certaines nuances peuvent leur échapper, souvent dans un moment de grande vulnérabilité.

La formation : un désert éducatif en milieu minoritaire

La racine du problème est structurelle et éducative. La quasi-totalité des programmes de pharmacie offerts à l'échelle nationale se déroulent exclusivement en anglais, sauf quelques exceptions, comme le programme de doctorat de premier cycle en pharmacie offert par la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa. Il n'existe aucune filière francophone structurée pour la formation du personnel de pharmacie dans l'Ouest ou les Maritimes, seulement quelques places réservées ici et là. Par conséquent, les jeunes francophones de ces régions se trouvent face à un dilemme : étudier en anglais, au risque d'éroder leur maîtrise du vocabulaire technique en français, ou s'exiler temporairement vers une province disposant d'universités francophones. Le taux de retour après ces départs forcés est souvent faible, ce qui aggrave finalement la pénurie dans les communauté d'origine.

Pistes de solution émergentes

Face à ce constat critique, certaines initiatives locales ont été lancées pour tenter de colmater les brèches. Par exemple, des programmes jumelant du personnel de pharmacie anglophone à des collègues bilingues sont à l'essai. De plus, des cours de français médical gratuits (comme ceux offerts par l'Université Sainte-Anne, en Nouvelle-Écosse) connaissent un certain succès, aidant à outiller les pharmaciens allophones ou anglophones désireux de mieux servir leur clientèle de langue française. Ces solutions, bien qu'encourageantes, restent palliatives et ne remplacent pas une offre de service structurellement bilingue.

4.5 Psychologues *(CNP 31200)*

Une fracture géographique marquée

L'analyse des données pour la profession de psychologue met en lumière la disparité géographique la plus marquée de tout le secteur de la santé. Bien que le pays recense environ 7305 psychologues capables d'exercer en français, cette statistique nationale masque une réalité polarisée : plus de 80 % de ces effectifs (soit 5880 psychologues) sont au Québec.

Pour le 1 million de francophones hors Québec ayant le français comme première langue officielle parlée, le bassin de ressources disponibles est très restreint. L'Ontario et le Nouveau-Brunswick ne disposent chacun que d'un contingent modeste de psychologues francophones. Ailleurs, la situation s'apparente à un désert de service : dans les provinces de l'Ouest canadien (Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique), les effectifs sont très réduits. En plus d'être rares, les ressources sont souvent centralisées dans les grands pôles urbains, laissant les populations rurales au dépourvu.

Cette pénurie engendre des conséquences cliniques directes. La psychothérapie reposant intrinsèquement sur la communication verbale et la nuance, le fait de devoir exprimer un traumatisme ou une anxiété dans une langue seconde érige une barrière cognitive et émotionnelle majeure, risquant de fausser le diagnostic et de réduire l'efficacité du traitement[1].

L'obstacle de la scolarité pour les psychologues titulaires d'un diplôme étranger

Contrairement à d'autres professions où l'immigration agit comme une soupape de sécurité, la psychologie bénéficie très peu de l'apport international. Les données indiquent que seulement 12 % des psychologues francophones au Canada viennent de l'étranger, une proportion nettement inférieure à la moyenne des professions de la santé.

La cause principale de ce blocage est structurelle et scolaire. Sauf rares exceptions, il faut un doctorat (Ph. D. ou D. Psy.) pour exercer la profession au Canada. Or, dans la grande majorité des pays de l'espace francophone international (France, Belgique, pays du Maghreb et d'Afrique de l'Ouest), la psychologie clinique s'enseigne au niveau de la maîtrise. Cette différence crée une incompatibilité systémique. Des psychologues francophones d'expérience, arrivant d'Europe ou d'Afrique, se voient refuser l'accès à la profession par l'ordre professionnel de leur province d'accueil ou se voient imposer de coûteuses années d'études supplémentaires. En conséquence, ce bassin de talent potentiel demeure largement inexploité, alors même que les besoins sur le terrain sont importants[2].

1 Yvan Leanza et collab., « La langue comme outil de soin : défis et stratégies des psychologues en contexte minoritaire », *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, vol. 55, no. 3 (2014), p. 178-186.
2 Commission de la santé mentale du Canada, *La santé mentale et la diversité : cadre stratégique*, Ottawa, 2021, p. 34.

Les promesses et les limites de la télépsychologie

Face à l'impossibilité mathématique de déployer des psychologues francophones dans chaque village rural, la télépsychologie est vue sur le terrain comme le seul levier réaliste à court terme pour briser l'isolement des patients et patientes. Des modèles innovants, tels que la thérapie cognitivo-comportementale par étapes sur plateforme numérique, commencent à émerger en Ontario.

Toutefois, le plein déploiement de cette solution est entravé par la réglementation. Légalement, une ou un psychologue francophone basé à Ottawa ou à Montréal ne peut pas traiter une personne en détresse qui réside en Alberta ou en Nouvelle-Écosse sans détenir un permis d'exercice dans cette province. Faute d'un mécanisme assurant la reconnaissance interprovinciale des permis, en santé mentale, les ressources se trouvent donc figées là où elles sont, empêchant une solidarité pancanadienne qui pourrait soulager les zones en pénurie.

4.6 Travail social *(CNP 41300)*

Une présence structurée, mais fragile

Bien que le profil démographique du travail social soit plus équilibré que celui de la psychologie, il demeure fortement déséquilibré. Sur l'ensemble des 16 775 travailleuses et travailleurs sociaux francophones recensés au pays, incluant le Québec, environ 3 760 exercent au sein des CFSM. Cette présence appréciable s'explique par l'existence de programmes de formation en français bien établis en Ontario (Université d'Ottawa et Université Laurentienne) et au Nouveau-Brunswick (Université de Moncton), qui parviennent à alimenter un bassin local de relève.

Ainsi, l'Ontario compte plus de 1150 travailleurs sociaux et travailleuses sociales francophones et le Nouveau-Brunswick, plus de 900. Cependant, dès que l'on s'éloigne de ces bastions, les effectifs chutent drastiquement. Les effectifs dans les provinces de l'Ouest et les territoires sont, dans l'ensemble, d'à peine quelques centaines.

L'invisibilité des données et la complexité des cas

Le défi majeur pour cette profession tient à la fois au nombre et au manque de visibilité des effectifs. Les registres des ordres professionnels sont parmi les moins complets en matière de données linguistiques. Il est souvent impossible pour un centre de santé communautaire, une école ou un hôpital de déterminer avec précision combien de travailleuses sociales ou de travailleurs sociaux sont réellement aptes à intervenir en français auprès d'une famille en crise. Cette invisibilité complique considérablement la planification des services et l'orientation des patients et patientes.

Sur le terrain, la pratique est marquée par l'isolement professionnel. Le personnel œuvre en première ligne de crises sociales complexes — itinérance, toxicomanie, violence conjugale, protection de l'enfance — mais se heurte au manque de ressources vers qui référer la clientèle francophone ayant besoin d'un suivi spécialisé. Bref, ces travailleurs et travailleuses deviennent ainsi le « dernier recours » francophone, portant sur leurs épaules une lourde charge sans l'appui d'un réseau de services complets.

4.7 Maintien à domicile et soins aux bénéficiaires *(CNP 33102 / 44101)*

Un secteur dépendant de l'immigration

L'analyse des données de Statistique Canada met en lumière une réalité sociologique frappante : les métiers d'aide et de soutien constituent la porte d'entrée principale des immigrantes et immigrants francophones dans le système de santé canadien. Pour la catégorie des aides-infirmiers, aides-infirmières, aides-soignants, aides-soignantes et personnes préposées aux bénéficiaires (CNP 33102), environ 30 % des effectifs francophones hors Québec sont nés à l'étranger. Cette proportion est nettement supérieure à celle observée dans les autres professions de la santé.

Dans certaines provinces, dont l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, les soins de longue durée en français dépendent presque entièrement de cette main-d'œuvre. Sans l'immigration, de nombreux foyers pour les personnes aînées francophones ne pourraient tout simplement pas fonctionner.

Surqualification et précarité

Cette dépendance envers l'immigration cache un phénomène systémique : la déqualification, qui se traduit par un gaspillage de compétences. En effet, les données qualitatives et quantitatives indiquent qu'une part très importante (estimée à près de 50 % dans certains bassins urbains) des personnes issues de l'immigration qui travaillent comme préposées ou préposés aux bénéficiaires détient un diplôme universitaire de premier ou de deuxième cycle. Il s'agit fréquemment de médecins, de sages-femmes, d'infirmières ou d'infirmiers formés dans leur pays d'origine, qui, bloqués par les processus de reconnaissance des acquis, se replient sur ces postes pour subvenir à leurs besoins.

Ce vivier de compétences médicales est sous-utilisé, alors même que le système a faim de médecins et de personnel infirmier. De plus, ces effectifs évoluent dans des conditions de grande précarité : postes à temps partiel involontaire, salaires faibles, horaires morcelés et manque de reconnaissance sociale. Cette précarité nuit gravement à la rétention, surtout en région rurale, où la rémunération offerte ne compense pas les coûts associés à la possession d'une voiture (pourtant indispensable pour les soins à domicile).

4.8 Ergothérapeutes *(CNP 31203)* et physiothérapeutes *(CNP 31202)*

Une répartition inégale des effectifs de réadaptation

La situation est tout aussi préoccupante dans les professions de réadaptation. Parmi les 5 220 ergothérapeutes francophones au Canada, 17 % exercent à l'extérieur du Québec. L'Ontario en compte seulement 245 et le Nouveau-Brunswick 200; dans l'Ouest canadien, leur présence est quasi nulle. Cette concentration entraîne d'importantes disparités d'accès aux services pour les francophones en milieu minoritaire.

Chez les physiothérapeutes, la tendance est similaire : sur les effectifs francophones recensés, qu'on chiffre à 5 645, 17 % se trouvent à l'extérieur du Québec. L'Ontario en compte environ 525 et le Nouveau-Brunswick 430. Dans plusieurs régions hors Québec, la patientèle francophone n'a donc qu'un accès limité, voire nul, à des soins dans sa langue, ce qui compromet la continuité et la qualité des services de réadaptation.

L'enjeu des outils cliniques

Au-delà du nombre, un enjeu qualitatif majeur a été soulevé lors des groupes de discussion : le manque d'outils cliniques standard en français. En ergothérapie et en orthophonie (une profession connexe souvent citée), la grande majorité des tests d'évaluation du développement ou des capacités cognitives repose sur des populations anglophones. Utiliser une traduction ad hoc peut invalider les résultats. Bien que des progrès aient été notés (notamment avec la traduction récente de manuels de référence), les francophones exerçant ces professions en milieu minoritaire doivent souvent « bricoler » leurs outils, ce qui alourdit leur charge de travail en plus de susciter des interrogations quant à la validité de leurs évaluations[1].

1 Claire-Jehanne Dubouloz et collab., « Proposition de lignes directrices pour la formation à l'offre active des futurs professionnelles et professionnels en santé et en service social œuvrant en situation francophone minoritaire », *Reflets* : revue d'intervention sociale et communautaire, vol. 20, no 2 (automne 2014), p. 123-151.

SYNTHÈSE QUALITATIVE : LA DYNAMIQUE HUMAINE ET ORGANISATIONNELLE

Au-delà des chiffres, les consultations menées sur le terrain ont permis de mettre des mots sur les maux du système. L'analyse thématique de leurs comptes rendus révèle une tension palpable entre la vision stratégique et la réalité opérationnelle.

5.1 Le Comité consultatif : une vision longue et macrostructurelle

La posture du Comité consultatif, composé de responsables d'organismes nationaux et de spécialistes de la planification, est résolument structurelle. Pour lui, la racine du problème n'est pas conjoncturelle, mais systémique.

- Son diagnostic — Le système navigue à l'aveugle. Sans données probantes générées grâce à des identifiants linguistiques obligatoires, il est impossible de convaincre les ministères provinciaux de financer des services spécifiques. « Ce qui n'est pas mesuré n'est pas financé », résume le comité.
- Sa solution — Le comité plaide pour une grande réforme de la gouvernance : création d'observatoires, modification des lois provinciales sur la santé et harmonisation des critères de pratique à l'échelle nationale.
- Sa posture — Le comité affiche un optimisme prudent, nourri par les récents investissements fédéraux et la sensibilisation accrue du milieu politique suivant la modernisation de la *Loi sur les langues officielles*. Il croit que des initiatives structurantes pourraient créer un effet d'entraînement à long terme.

5.2 Le terrain : un sentiment d'urgence

Les gestionnaires d'hôpitaux ruraux, les responsables d'associations provinciales, les cliniciennes et les cliniciens en poste sont, quant à eux, habités par un sentiment d'urgence.

- Leur diagnostic — La situation ne s'améliore pas, elle se dégrade. Ils voient des lits fermés faute de personnel, l'attente qui s'allonge pour les soins de santé mentale aux enfants francophones, et des soins à domicile annulés à la dernière minute.
- Le fardeau du bilinguisme — Un thème récurrent est l'épuisement particulier qui frappe les effectifs francophones. Dans un environnement majoritairement anglophone, le médecin, l'infirmier ou l'infirmière bilingue devient une sorte de passe-partout : on lui demande de traduire pour ses collègues, de gérer les patientes ou patients anxieux qui ne comprennent pas l'anglais ou de prendre en charge les dossiers les plus complexes socialement. Cet effort supplémentaire est rarement reconnu, rémunéré ou compensé par une réduction de sa charge de travail régulière, et il mène directement à l'épuisement professionnel.
- Leur posture — Sur le terrain, les gens font preuve de scepticisme devant les « grandes stratégies » et sont fatigués des annonces qui font du recrutement international une panacée. Ces processus leur semblent trop lents, archibureaucratiques et déconnectés de leur réalité immédiate. « Un médecin qui arrivera dans trois ans ne m'aide pas à couvrir mes gardes ce soir », résume un gestionnaire.

5.3 La nécessité d'une réconciliation stratégique

Cette dichotomie entre le « temps politique » (long terme, structurel) et le « temps clinique » (immédiat, opérationnel) est le principal défi à relever. Une stratégie qui ne miserait que sur la gouvernance et les données échouerait à endiguer l'hémorragie actuelle des effectifs. À l'inverse, une stratégie qui ne ferait que du recrutement d'urgence sans corriger les failles structurelles (données, reconnaissance des diplômes) entraînerait une répétition cyclique des mêmes crises.

Le plan d'action qui est proposé ci-dessous cherche à concilier ces deux impératifs : il inclut à la fois des mesures de stabilisation, conçues pour avoir un effet immédiat, et des interventions pour jeter les bases d'un système pérenne.

PROSPECTIVE STRATÉGIQUE HORIZON 2035

6.1 Le statu quo ou la spirale du déclin

La caractéristique dominante du statu quo est l'apparition d'un « effet exponentiel » négatif qui découle du contexte général des soins de santé au Canada, sans égard à la langue. Ce contexte se caractérise par une baisse de la qualité des conditions de travail, induite par la surcharge chronique, laquelle mène à un épuisement des effectifs professionnels et, conséquemment, à des départs en masse. Il en résulte une rupture dans la transmission des connaissances : les mentors quittent avant d'avoir pu former la relève, laissant des équipes inexpérimentées gérer des cas complexes.

Le statu quo suppose qu'aucune réforme structurelle majeure n'est entreprise pour les soins de santé en français et que les pratiques actuelles perdurent. Dans cette hypothèse, les disparités régionales et linguistiques ne feront pas que persister; elles s'aggraveront de manière exponentielle. La pénurie de main-d'œuvre s'accentuera sous l'effet combiné des départs massifs à la retraite et de l'incapacité du système à intégrer la relève immigrante.

Les régions rurales deviendront des déserts médicaux pour les francophones, les forçant à se faire soigner en anglais ou à renoncer aux soins. Parallèlement, la lourdeur des démarches administratives continuera de freiner l'intégration des professionnelles et professionnels issus de l'immigration, transformant le bassin de talents internationaux en un gâchis de ressources sous-utilisées.

Finalement, à force de se renvoyer la balle, les différents paliers de gouvernement achèveront de diluer les responsabilités, actant de facto la disparition des services de santé sécuritaires en français hors des grands centres urbains.

6.2 Une transformation articulée autour de quatre axes

Axe 1 : renouvellement du bassin de main-d'œuvre

Cet axe d'intervention repose sur une hypothèse optimiste de coordination accrue. Il vise une accélération significative de la reconnaissance des diplômes et de l'intégration des effectifs professionnels issus de l'immigration, notamment ceux déjà présents sur le territoire, grâce à une harmonisation des normes provinciales. Il appelle aussi une multiplication des programmes de formation et des stages en français hors Québec, afin d'améliorer l'attractivité des carrières en santé pour les jeunes francophones dans les communautés minoritaires.

Dans cette vision, les « bonnes pratiques » internationales, telles que le mentorat systématique, les programmes passerelles et les campus délocalisés, cessent d'être des exceptions ou des projets pilotes : elles deviennent la norme. L'accent est mis sur l'accueil global des professionnelles et professionnels qui immigrent au Canada et des membres de leur famille, car on reconnaît que la rétention est un enjeu communautaire autant que professionnel. Les acteurs locaux, y compris les employeurs, travaillent de concert dans ce but.

Ce scénario permettrait de stabiliser l'offre de services et de colmater les brèches les plus urgentes, sans toutefois transformer radicalement la prestation des soins.

Axe 2 : mise en place d'un système agile et apprenant

Face à l'impossibilité mathématique de recruter suffisamment d'humains pour pourvoir tous les postes vacants, ce scénario s'articule autour d'un virage technologique et organisationnel. Le réseau de la santé ferait appel à la technologie (télésanté, outils intelligents d'aide au diagnostic, télémonitorage) pour pallier la pénurie de bras.

Ce scénario suppose une reconception du travail pour renforcer la coordination interprofessionnelle et optimiser les opérations, réduisant ainsi les lourdeurs administratives, dont celles attribuables à la reddition de comptes. Les innovations et les changements introduits, et la flexibilité qu'ils permettent, stabiliseraient la répartition régionale des effectifs. Cependant, ce scénario comporte des risques : il ne résout pas nécessairement l'enjeu de la reconnaissance des acquis pour les effectifs issus de l'immigration et le système créé, bien que performant, pourrait déshumaniser les soins et engendrer des obstacles à l'accès pour des populations vulnérables et non technophiles.

Axe 3 : gouvernance nationale appuyée par un nouveau cadre législatif

L'instauration d'une gouvernance unifiée est l'idéal visé et, pour en tirer pleinement parti, on la conjugue aux autres axes. Une telle gouvernance est rendue possible grâce à la création d'une instance nationale capable d'assurer une vigie constante et une reddition de comptes transparente, ainsi que d'amener les ordres professionnels à harmoniser leurs exigences, afin de rendre possible une mobilité réelle des effectifs.

Dans cette vision, la collecte et l'analyse des données linguistiques deviennent obligatoires, transformant la planification des ressources humaines en une science précise plutôt qu'un art divinatoire. Le travail en français est valorisé par une accréditation officielle, reconnue financièrement et professionnellement. Une instance responsable mène les négociations intergouvernementales pour garantir que les transferts en santé incluent des clauses linguistiques contraignantes. Ce scénario aboutit en 2035 à un écosystème de santé résilient, où la recherche et la diffusion des connaissances alimentent une amélioration continue des services aux communautés.

Une nouvelle gouvernance vient faciliter au niveau fédéral le recrutement francophone à l'international en identifiant, pour chaque profession de la santé, les pays qui ont des formations équivalentes et en créant des ponts, par exemple des ententes entre établissements d'enseignement, pour faciliter le travail des ordres professionnels et des instances de santé provinciales.

Axe 4 : une transformation numérique bien encadrée

La transformation numérique du système de santé doit être accélérée afin de mettre à profit les innovations technologiques — télésanté, outils linguistiques intelligents, plateformes de recrutement et de gestion de parcours — pour assurer un accès sûr et continu aux soins en français, surtout dans les régions où ils sont les plus fragilisés. Cette transformation doit être guidée par des principes clairs : renforcement de l'offre active, soutien aux équipes humaines et amélioration de la continuité des parcours professionnels et de la qualité de la relation de soins, sans jamais faire de la technologie un substitut à la création ou au maintien de postes francophones dans les CFSM.

Concrètement, il s'agira de développer des infrastructures et des solutions numériques bilingues permettant l'appariement optimal de la patientèle francophone avec des effectifs capables de la servir dans sa langue, la prise de rendez-vous et le suivi en français, ainsi que la circulation sécurisée des données linguistiques nécessaires pour planifier les ressources. L'acquisition et le déploiement de ces outils doivent être intégrés au mandat de la nouvelle entité nationale de gouvernance, afin d'assurer la coordination des investissements, l'établissement de normes pour la collecte des données linguistiques et une utilisation judicieuse des innovations technologiques, qui doivent contribuer à renforcer la main-d'œuvre francophone plutôt que de devenir un prétexte à une réduction des effectifs.

La transformation numérique doit aussi s'arrimer aux autres leviers structurels du plan d'action pour 2026-2035, notamment ceux de la fluidité des parcours professionnels et du recrutement international. On veillera donc à outiller les employeurs et les communautés pour le mentorat, l'accueil et le suivi des effectifs professionnels francophones, qu'ils soient formés au Canada ou à l'étranger. Il faudra prévoir des mécanismes pour évaluer en continu l'impact de ces outils sur l'accès réel aux services en français et la rétention des effectifs, afin de pouvoir ajuster les solutions déployées quand il le faut et, ce faisant, s'assurer l'agilité durable du réseau dans son ensemble.

La transformation numérique s'appuie sur la nouvelle entité nationale de gouvernance pour harmoniser les normes de collecte de données linguistiques, alimente les mécanismes de planification de la main-d'œuvre en rendant visibles les effectifs capables d'offrir des services en français, et soutient la fluidité des parcours professionnels en facilitant le mentorat, la formation continue et l'intégration de la main-d'œuvre formée à l'étranger. En parallèle, les outils numériques déployés renforcent les initiatives d'attraction et d'ancrage communautaire en créant des canaux de communication durables entre les établissements de santé, les communautés francophones et les effectifs professionnels, contribuant ainsi à consolider un écosystème où l'offre de services en français repose à la fois sur une présence humaine accrue et sur des dispositifs technologiques sécuritaires et centrés sur les besoins de la patientèle.

RECOMMANDATIONS ET STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE

Vision stratégique et approche systémique

La pénurie de main-d'œuvre menace la sécurité des soins de santé dans les communautés francophones en situation minoritaire. Devant l'urgence de la situation, ce plan propose de rompre avec la gestion réactive pour engager une transformation structurelle. L'objectif est de contrer l'effet exponentiel de la dégradation des soins de santé en français dans ces communautés en ciblant dix professions.

7.1 Recommandations

Les recommandations du présent rapport concernant les soins de santé en français s'inscrivent dans une même stratégie : doter le pays d'une gouvernance cohérente appuyée par une législation, des fonds récurrents et des données robustes; renouveler de façon ciblée le bassin de main-d'œuvre; et garantir des parcours professionnels fluides et durables tout en posant les jalons d'une utilisation réfléchie des innovations technologiques comme leviers de qualité et d'accessibilité des soins en français, plutôt que comme substituts aux équipes humaines.

1. Suivant l'adoption d'une législation fédérale habilitante, créer une structure de gouvernance forte pour planifier, coordonner et surveiller l'offre de services de santé en français à l'échelle nationale, assurer la concertation des acteurs, et garantir un accès équitable et durable aux soins pour les communautés francophones.

2. Assurer des parcours professionnels fluides et inclusifs par une valorisation de la compétence en français, un processus simplifié de reconnaissance des diplômes étrangers et du soutien à l'intégration pour les professionnelles et professionnels ainsi que les membres de leur famille.

3. Adopter une stratégie de recrutement international ciblée et coordonnée qui se fonde sur des corridors de mobilité entre les bassins de talents et les régions canadiennes et qui est soutenue par un ancrage communautaire et professionnel fort, avec un rôle valorisé pour l'employeur, de manière à favoriser l'accueil, l'intégration et la rétention durable d'effectifs professionnels francophones.

4. Pour maximiser l'usage des innovations aptes à améliorer l'accès aux soins en français, entreprendre sans tarder une transformation numérique guidée par des principes clairs — renforcement de l'offre active, outillage des équipes et amélioration de la continuité des parcours — sans faire de la technologie un substitut à la création et au maintien de postes francophones dans les communautés.

Axe 1 : gouvernance nationale appuyée par un nouveau cadre législatif

D'ici 2035, il faudrait impérativement sortir du pilotage à l'aveugle qui caractérise la gestion actuelle. Pour cela, il faudrait créer une entité nationale de surveillance et de gouvernance. Cette entité indépendante devra être clairement mandatée pour surveiller en continu l'adéquation de l'offre à la demande de services de santé en français. Elle aura pour mission de planifier les besoins en main-d'œuvre francophone, d'alerter les décisionnaires avant qu'une rupture de services ne survienne; ainsi que de mener les pourparlers entre les ordres professionnels, les instances d'immigration et le réseau de la santé. Elle pourrait aussi être chargée du maillage entre la main-d'œuvre professionnelle et les employeurs du domaine (plateforme nationale de recrutement francophone pour les professions de la santé dans les CFSM). Cependant, pour qu'elle puisse jouer ce rôle, il faudra fixer par un règlement fédéral les responsabilités des provinces et des ordres professionnels, et ce règlement, être appuyé par des fonds.

En effet, la gouvernance doit évoluer vers des partenariats plus contraignants avec les ordres professionnels pour garantir la collecte de données sur les minorités linguistiques[1]. De même, si l'innovation technologique — traduction simultanée, télésanté régionale, outils de projection réaliste — est souhaitable pour optimiser la relation de soin, elle est positionnée dans ce plan comme un levier d'optimisation et d'accès et non comme un substitut au personnel humain, dont le recrutement demeure la priorité absolue.

1 Chambre des communes, *Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé au Canada : rapport du Comité permanent de la santé*, 44e législature, 1re session, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2023, p. 45

Axe 2 : fluidité des parcours professionnels et rétention systémique

L'hémorragie d'effectifs en début de carrière, particulièrement grave durant les premiers mois d'emploi, a des effets d'autant plus critiques que, pour certaines professions de la santé, il n'y a qu'un faible nombre de programmes de formation en français hors Québec. Conséquemment, la stratégie mise sur la fluidité des parcours professionnels et la valorisation des compétences. Il est impératif de valoriser la compétence linguistique, c'est-à-dire qu'au lieu de la traiter comme un simple atout, il faudrait en faire une compétence essentielle accréditée et reconnue, qui est prise en compte dans l'organisation du travail et valorisée par une rémunération spécifique. Il faudrait aussi éliminer les barrières linguistiques artificielles, telles que les exigences associées aux tests d'entrée dans les professions de la santé, régis au niveau provincial et souvent en anglais, avec pour conséquence de limiter l'accès des francophones à certaines de ces professions.

Pour ce qui est des personnes issues de l'immigration, l'accent doit être mis sur la reconnaissance formelle et informelle des diplômes étrangers en déployant des programmes passerelles. Il faut aussi remédier au désavantage qu'elles subissent lorsque le test d'entrée dans leur profession n'est pas disponible en français.

La rétention systémique des effectifs professionnels issus de l'immigration demande également que les instances communautaires responsables de l'intégration collaborent avec leurs employeurs afin d'assurer un parcours d'immigration réussi pour l'ensemble de la cellule familiale. Ainsi, ces effectifs peuvent bénéficier d'un continuum de soutien bien structuré, qui favorise leur rétention.

Axe 3 : attraction ciblée et ancrage communautaire

Le recrutement doit être transformé. Au cours de la prochaine décennie, il devra devenir beaucoup plus ciblé, ce qui demandera qu'on y consacre des ressources financières. En effet, il ne suffit plus d'afficher les postes vacants sur des sites web en espérant qu'un candidat ou une candidate se présente. Il faut bâtir de véritables « corridors » de recrutement directs entre les bassins internationaux (préalablement identifiés en fonction des équivalences qui existent pour diverses professions de la santé) et des régions spécifiques. L'implantation de ces corridors demandera un investissement initial et une plus grande collaboration entre les acteurs impliqués (ordres professionnels, instances responsables de l'immigration, autorités et établissements du réseau de la santé). Il revient aux gouvernements provinciaux et fédéral de créer les incitatifs nécessaires pour que la mutualisation des ressources devienne la norme. Concrètement, il faudra dans un premier temps établir, pour chaque profession, quels pays dispensent une formation équivalente à celle offerte au Canada. Par la suite, il faudra bâtir les corridors de recrutement au moyen d'ententes de mobilité et des parcours assouplis de reconnaissance des acquis.

L'ancrage durable des recrues repose sur un changement de paradigme : passer du simple recrutement à la « séduction territoriale ». Inspirée par des initiatives communautaires phares (par exemple, le Réseau Vitalité, en Saskatchewan), cette approche mobilise la communauté d'accueil bien avant l'arrivée d'un ou une professionnelle. Elle signale clairement aux acteurs locaux et, surtout, aux employeurs, qu'ils jouent un rôle déterminant dans la rétention des effectifs francophones qualifiés recrutés à l'étranger. Pour prévenir la désillusion et les départs précoces, l'acculturation de ces recrues doit débuter avant leur arrivée au Canada. Par exemple, il faut leur donner l'heure juste sur la pratique en milieu minoritaire et préparer leur intégration sociale et professionnelle. Idéalement, on les jumellera avec un employeur avant même leur départ.

Axe 4 : un système agile grâce à une transformation numérique bien encadrée

La transformation numérique du système de santé doit être accélérée afin de mettre à profit les innovations technologiques — télésanté, outils linguistiques intelligents, plateformes de recrutement et de gestion de parcours — pour assurer un accès sûr et continu aux soins en français, surtout dans les régions où les services en français sont les plus vulnérables. Cette transformation doit être guidée par des principes clairs : renforcement de l'offre active, soutien aux équipes humaines et amélioration de la continuité des parcours et de la qualité de la relation de soins, sans jamais faire de la technologie un substitut à la création ou au maintien de postes francophones dans les CFSM.

Concrètement, il s'agira de développer des infrastructures et des solutions numériques bilingues permettant l'appariement optimal de la patientèle francophone avec des effectifs capables de la servir dans sa langue, la prise de rendez-vous et le suivi en français, ainsi que la circulation sécurisée des données linguistiques nécessaires pour planifier les ressources. L'acquisition et le déploiement de ces outils doivent être intégrés au mandat de la nouvelle entité nationale de gouvernance, afin d'assurer la coordination des investissements, l'établissement de normes pour la collecte des données linguistiques et une utilisation judicieuse des innovations technologiques, qui doivent contribuer à renforcer la main-d'œuvre francophone plutôt que de devenir un prétexte à une réduction des effectifs.

La transformation numérique doit aussi s'arrimer aux autres chantiers du plan d'action, notamment celui de la fluidité des parcours professionnels et du recrutement international. On veillera donc à outiller aussi les employeurs et les communautés pour le mentorat, l'accueil et le suivi des effectifs professionnels francophones, qu'ils soient formés au Canada ou à l'étranger. Il faudra prévoir des mécanismes pour évaluer en continu l'effet de ces outils sur l'accès réel aux services en français et la rétention des effectifs, afin de pouvoir ajuster les solutions déployées quand il le faut et, ce faisant, s'assurer l'agilité durable du réseau dans son ensemble.

L'acquisition et le déploiement de ces outils doivent être intégrés au mandat de la nouvelle entité nationale de gouvernance.

Schéma de la stratégie opérationnelle

7.2 Stratégie opérationnelle (2026-2035)

La mise en œuvre de cette stratégie se déploie sur trois horizons temporels distincts. La phase initiale, en 2026, se concentre sur la consolidation et l'innovation rapide pour stabiliser les effectifs en poste au pays. Elle prévoit la généralisation des outils et des pratiques exemplaires parmi les communautés et les employeurs, ainsi que le lancement de projets pilotes pour faire des essais de recrutement dans des zones choisies, tout en sécurisant les ressources actuelles par le mentorat. Elle inclut également un premier chantier de transformation numérique pour renforcer l'offre active de services en français dans les régions où ces services sont les plus fragiles. Guidé par un cadre rigoureux, ce chantier sera axé sur la cartographie des solutions existantes, le lancement de projets pilotes en télésanté, le déploiement d'outils linguistiques intelligents et l'implantation progressive de normes et de mécanismes pour la collecte de données linguistiques.

Horizon 1 : innover et consolider (2026-2029)

Objectif : stabiliser les effectifs actuels et lancer les chantiers pilotes.

Actions prioritaires :

- Développer et diffuser un « coffre à outils » proposant un ensemble de solutions dont les effets pourront être constatés rapidement.
- Lancer des projets pilotes de recrutement et d'accueil dans quelques zones choisies (sur le modèle du Réseau Vitalité, en Saskatchewan).
- Mettre en place des programmes de mentorat et de stages pour sécuriser les ressources déjà présentes dans les communautés.
- Réaliser une campagne d'information pour sensibiliser les différents acteurs à l'importance de collecter les données, ainsi qu'aux risques et occasions connexes (par exemple, les possibilités de financement public), pour soutenir des initiatives en lien avec une offre active et la valorisation du personnel bilingue.
- Obtenir du financement public pluriannuel pour soutenir le personnel de santé francophone et l'offre active des services de santé en français (par exemple, pour créer des postes de responsables de l'intégration et de l'expérience patient, comme on l'a fait en Nouvelle-Écosse).
- Tenter une mutualisation des processus de reconnaissance des diplômes étrangers au moyen d'accords pilotes entre le fédéral, les provinces et les ordres professionnels.
- Mettre sur pied un comité consultatif qui définira le mandat, la structure et le modèle de gouvernance de la future instance nationale.
- Dresser un inventaire des solutions numériques existantes (télésanté, outils linguistiques, plateformes de gestion de parcours) et lancer une veille technologique pour repérer les innovations d'intérêt.
- Lancer des projets pilotes en télésanté dans les régions où les services en français sont les plus fragiles, en veillant à encadrer ces activités par des protocoles clairs.
- Faire l'essai d'outils linguistiques intelligents (traduction, détection de langue, interfaces bilingues) dans quelques établissements, en balisant clairement leur usage — ils devraient être de simples aides pour les équipes humaines.
- Travailler avec la nouvelle instance de gouvernance à l'élaboration d'un cadre énonçant les principes et normes à respecter dans l'implantation des solutions numériques bilingues (ergonomie en français, sécurité des données, traçabilité des préférences linguistiques).
- Mettre en place un premier module de collecte et de gestion des données linguistiques dans quelques systèmes cliniques (dossier médical électronique, gestion des rendez-vous) pour documenter la demande réelle de services en français.
- Former des « pilotes numériques francophones » (personnes-ressources) dans certains établissements pour accompagner les équipes dans l'utilisation des nouveaux outils et faire remonter les enjeux rencontrés sur le terrain.

À moyen terme (2029-2032), le plan vise une transformation coordonnée du système. Cette étape verra le passage à l'échelle des initiatives réussies, notamment la généralisation des structures d'accueil du côté des communautés et des employeurs, ainsi que l'institutionnalisation des programmes passerelles pour les effectifs professionnels formés à l'étranger. L'objectif sera d'ancrer ces nouvelles pratiques dans le fonctionnement régulier du système de santé, tout en intégrant progressivement une offre numérique bilingue structurée qui renforce l'accès aux services en français et soutient la planification de la main-d'œuvre.

Horizon 2 : résoudre et coordonner (2029-2032)

Objectif : généraliser les initiatives réussies, structurer les processus de recrutement et établir une coordination nationale.

Actions prioritaires :

- Généraliser les structures d'accueil communautaires ayant fait leurs preuves.
- Institutionnaliser les programmes passerelles pour les effectifs professionnels de l'étranger afin de réduire les délais de mise à l'emploi.
- Identifier et cibler systématiquement les lieux prioritaires pour le recrutement international.
- Sous la direction de la nouvelle instance de gouvernance, développer une plateforme nationale de recrutement et de mobilité interprovinciale pour les effectifs francophones du domaine de la santé.
- Créer des programmes bilingues de formation continue et une accréditation linguistique reconnue par les ordres professionnels.
- Conclure des ententes fédérales-provinciales pour la planification conjointe de la main-d'œuvre francophone.
- Déployer les premiers mécanismes nationaux de coordination de la collecte des données linguistiques de concert avec les parties concernées, notamment les ordres professionnels et les établissements de soins.
- Intégrer un référentiel national de données linguistiques aux principaux systèmes d'information sur la santé, afin de suivre l'accès réel aux services en français et d'alimenter la planification de la main-d'œuvre.
- Étendre les solutions de télésanté et de prise de rendez-vous bilingues éprouvées aux régions qui manquent d'effectifs francophones, avec l'exigence explicite d'appariement de la patientèle francophone avec des effectifs capables de la servir dans sa langue.
- Inscrire dans les appels d'offres publics des critères obligatoires relatifs à la disponibilité et à la qualité des interfaces et services numériques en français afin de garantir que toutes les solutions numériques atteignent un haut degré de qualité en français.
- Mettre en place un tableau de bord national de suivi de la performance en matière d'offre active (usage des services en français, satisfaction des usagers et usagères, impact sur la continuité des parcours, services numériques, etc.).

Enfin, à long terme (au-delà de 2032), le plan vise l'autonomie et l'agilité systémique. Cette phase ultime verra l'opérationnalisation complète de la nouvelle gouvernance et l'aboutissement de changements législatifs imposant la collecte de données linguistiques, la planification de la main-d'œuvre et la coordination des parties prenantes, tout en consolidant un écosystème numérique bilingue au service de l'offre active. Grâce aux données et aux outils numériques intégrés, le système devrait alors être capable d'anticiper les besoins futurs plutôt que de les subir, ce qui garantira la pérennité et la qualité des services de santé en français, même dans les régions les plus vulnérables.

Horizon 3 : pérenniser et prioriser (au-delà de 2032)

Objectif : atteindre l'autonomie et l'agilité systémique par une gouvernance nationale fondée sur un cadre législatif solide et la disponibilité de données probantes.

Actions prioritaires :

- Opérationnaliser pleinement l'instance de gouvernance chargée du suivi, de la planification et de la prospective en matière de main-d'œuvre et d'accès linguistique pour encadrer les politiques publiques.
- Faire adopter les mesures législatives nécessaires pour obliger les ordres professionnels à collecter des données linguistiques.
- Aboutir à un système « agile et apprenant », capable d'anticiper les besoins plutôt que de les subir.
- Instituer des mécanismes de financement conditionnel au rendement en matière d'offre active de services en français.
- Formaliser un cadre de gouvernance multilatéral qui inclut les gouvernements, les ordres professionnels et une représentation communautaire.
- Créer un cadre d'évaluation continue du parcours professionnel des recrues immigrantes en veillant à y inclure des indicateurs d'intégration, de satisfaction et de rétention.
- Mettre en œuvre une veille technologique (télésanté, outils linguistiques intelligents, modélisation prédictive) pour anticiper les besoins et les solutions.
- Fixer au moyen de mesures législatives les exigences minimales à remplir concernant la disponibilité et la qualité des services numériques en français dans l'ensemble du système de santé.
- Intégrer pleinement les données issues des outils numériques (parcours, langue de service, ruptures) aux modèles de planification de la main-d'œuvre pour orienter les décisions de recrutement, de formation et de répartition des ressources francophones.

La stratégie opérationnelle proposée ici établit un cadre clair et pragmatique d'innovation, de résolution des problèmes et d'action stratégique pour l'accessibilité et la qualité des soins de santé en français en contexte minoritaire au Canada, en misant sur une gouvernance agile, des processus structurés et une collaboration renforcée entre les parties prenantes. En articulant les projets autour de résultats mesurables, d'un suivi rigoureux et d'une amélioration continue, elle crée les conditions nécessaires à l'optimisation des ressources et à des améliorations concrètes pour les communautés servies.

En somme, cette stratégie permettra de passer efficacement de la théorie à l'action, en conservant au système la flexibilité requise pour s'adapter aux enjeux émergents et saisir de nouvelles opportunités.

CONCLUSION GÉNÉRALE DU RAPPORT

Au terme de cette étude, le diagnostic est sans appel : la prestation des soins de santé en français est à la croisée des chemins dans les CFSM. La convergence du vieillissement démographique, de la pénurie de main-d'œuvre et des barrières systémiques à l'intégration crée un risque réel de rupture de service. Le statu quo n'est plus envisageable; il mène droit à une aggravation des inégalités en santé et met en danger la population francophone.

Heureusement, il est possible de remédier à la situation. La solution réside dans une combinaison de mesures, orchestrées de manière à actionner tous les leviers disponibles, à savoir : une meilleure utilisation des données pour éclairer l'action, une fluidité accrue de la main-d'œuvre immigrante pour combler les vides et une valorisation réelle, autant pécuniaire que symbolique, de la compétence linguistique.

Ce rapport ne recommande pas que des ajustements en marge : il préconise une refonte de l'écosystème de santé francophone en milieu minoritaire. RDÉE Canada, la Société Santé en français et leurs partenaires ont la possibilité, en combinant une attraction ciblée, une intégration sans friction et une nouvelle gouvernance, de transformer la crise actuelle en un levier de changement. Les actions proposées sont la condition sine qua non pour bâtir un modèle de soins résilient, équitable et durable, et garantir qu'en 2035 se faire soigner en français sera un droit effectif pour tous les Canadiens et Canadiennes, et non plus un combat quotidien.

FICHES PAR PROFESSION

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET MÉDECINE FAMILIALE

Code CNP (Classification nationale des professions) : 31102

Portrait de la main-d'œuvre et dynamique démographique

Le Canada compte un effectif total d'environ 60 410 médecins qui pratiquent la médecine générale (omnipraticiens et omnipraticiennes) ou familiale. Toutefois, l'analyse de la composante francophone révèle un déséquilibre structurel majeur. Sur les quelque 15 000 médecins ayant le français pour première langue officielle parlée, l'écrasante majorité — 90 % ou 13 525 médecins au total — exerce au Québec. Le « reste du Canada » doit composer avec un contingent résiduel estimé à seulement 2 000 médecins francophones pour servir une population dispersée dans neuf provinces et trois territoires. La profession fait face à un vieillissement marqué, similaire à la moyenne nationale (environ 18 % des effectifs ont plus de 55 ans), mais l'enjeu du renouvellement est complexifié par l'évolution des modes de pratique. Les nouvelles générations de médecins privilégient un équilibre vie-travail et une pratique interdisciplinaire, ce qui signifie qu'un remplacement « un pour un » des départs à la retraite ne suffit plus à couvrir le même volume d'actes médicaux.

La réalité linguistique en milieu minoritaire

L'analyse géographique hors Québec permet de segmenter le pays en trois zones distinctes. Les « bastions » que sont l'Ontario (avec 1 200 à 1 500 médecins francophones, qu'on trouve principalement dans l'est et le nord-est de la province) et le Nouveau-Brunswick (600 à 800 médecins) parviennent à maintenir une offre structurée grâce à des programmes locaux de formation. Le Manitoba (70 à 150 médecins) constitue une zone de transition. Enfin, l'Ouest canadien et les territoires constituent des zones de pénurie critique : la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique comptent chacune entre 50 et 150 médecins francophones seulement pour une population grandissante. Dans ces régions, l'accès à une ou un médecin de famille capable d'offrir des soins en français relève le plus souvent de la chance ou des parcours migratoires individuels.

Pénurie, besoins futurs et dépendance envers l'immigration

La pénurie de médecins de famille est un enjeu national, mais elle affecte de manière disproportionnée les communautés francophones en situation minoritaire. Pour ce qui est de leur provenance, les communautés se répartissent en deux blocs distincts : en Atlantique, le corps médical francophone est presque entièrement composé de personnes nées dans la région; les provinces de l'Ouest (notamment la Colombie-Britannique et l'Alberta) dépendent quant à elles de plus en plus de l'immigration internationale pour maintenir une offre de service minimale. Or, l'intégration de ces médecins ayant reçu leur formation à l'étranger (hors Canada et États-Unis) est freinée par des processus de reconnaissance des diplômes — longs et coûteux — et le nombre limité de places de résidence. De plus, la mobilité interprovinciale est qualifiée de « sclérosée » : les barrières administratives entre les collèges provinciaux de médecins empêchent les praticiens et praticiennes du Québec ou de l'Atlantique de combler les pénuries ponctuelles dans l'Ouest.

Défis qualitatifs et conditions de travail

Sur le terrain, les médecins bilingues font face au « fardeau du bilinguisme » : on leur confie souvent la totalité de la patientèle francophone ou les cas complexes qui nécessitent une communication nuancée (santé mentale, gériatrie), sans reconnaissance salariale ni allègement de leur charge globale de travail. Par ailleurs, lors du recrutement, les réseaux anglophones traitent encore trop souvent la compétence linguistique comme un atout (*nice to have*) plutôt que comme une exigence réelle (*bona fide requirement*), ce qui dilue l'offre de service active même lorsque des candidatures bilingues sont disponibles.

Pistes d'action et solutions prioritaires

Pour remédier à la situation, la priorité absolue doit être de faciliter la mobilité interprovinciale. On pourrait envisager dans ce but la création d'un permis d'exercice national ou la passation accélérée d'accords de réciprocité. Sur le plan de la formation, il est impératif d'augmenter les possibilités de stages et les places de résidence en milieu francophone minoritaire pour créer un lien d'appartenance précoce à ces communautés. Quant au recrutement international, il faut le cibler en créant des corridors directs et accélérer les programmes d'évaluation de la pratique pour les médecins francophones. Enfin, le bilinguisme doit être reconnu comme une compétence clinique essentielle, rémunérée et soutenue par des équipes interprofessionnelles.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs totaux** : environ 60 410 médecins pratiquent la médecine générale ou familiale au Canada.
- **Francophones (total)** : environ 15 000 médecins ont le français comme première langue officielle parlée.
- **Concentration** : il existe une hyperconcentration des ressources, c'est-à-dire que 90 % des médecins francophones exercent au Québec (13 525).
- **Bassin hors Québec** : le contingent disponible pour le reste du Canada est estimé à environ 2 000 médecins.

Démographie et vieillissement

- **Vieillissement** : environ 18 % des effectifs ont 55 ans ou plus.
- **Renouvellement** : le remplacement « un pour un » n'est plus suffisant, car les jeunes médecins privilégient une pratique plus équilibrée (moins d'heures) que celles et ceux les ayant précédés.

Données linguistiques (profil francophone)

- Répartition géographique des francophones :
  - **Québec** : 13 525 médecins (bassin principal).
  - **Ontario** : entre 1 200 et 1 500 médecins (principal bassin hors Québec, concentré dans l'est et le nord-est).
  - **Nouveau-Brunswick** : entre 600 et 800 médecins (bassin stable).
  - **Ouest et Atlantique** (excluant le Nouveau-Brunswick) : situation de pénurie critique.
  - **Manitoba** (70 à 150), Alberta (100 à 200), et moins de 20 dans chacun des trois territoires.

Pénurie et besoins futurs

- **Accès aux soins** : des millions de Canadiens et Canadiennes n'ont pas de médecin de famille. Pour les francophones en situation minoritaire, l'accès à un médecin parlant leur langue dépend souvent du hasard et se révèle généralement impossible en zone rurale.
- **Zones critiques** : il y a d'importants « déserts médicaux » pour les francophones dans l'Ouest canadien (Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique) et dans les territoires.

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration** : il varie fortement selon la région.
  - Au Québec et en Atlantique, le corps médical francophone est composé quasi exclusivement de personnes nées au Canada.
  - Dans l'Ouest (Colombie-Britannique et Alberta), une part considérable des effectifs francophones vient de l'immigration internationale ou de la migration interprovinciale récente.
- **Mobilité interprovinciale** : elle est qualifiée de « sclérosée »; les barrières administratives (permis provinciaux distincts) empêchent les médecins du Québec ou du Nouveau-Brunswick d'aller facilement prêter main-forte dans l'Ouest.

Défis d'intégration

- **Reconnaissance des diplômes** : processus long, coûteux et complexe pour les médecins ayant obtenu leur diplôme hors du Canada ou des États-Unis.
- **Barrière linguistique inversée** : dans les provinces anglophones, il arrive que des médecins francophones, malgré une formation adéquate, soient incapables d'obtenir un permis de pratique à cause du niveau de compétence exigé en anglais, même pour travailler dans des milieux francophones.

Défis qualitatifs et conditions de travail

- **Surcharge** : les médecins bilingues en milieu minoritaire héritent souvent d'une surcharge de travail (le « fardeau des bilingues ») sans reconnaissance salariale additionnelle.
- **Bilinguisme traité comme un « atout »** : lors du recrutement, la compétence linguistique est souvent traitée comme un atout (*nice to have*) plutôt que comme une exigence réelle, ce qui a pour effet de diluer l'offre de service.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Mobilité et réglementation** : faciliter la mobilité interprovinciale par la création d'un permis d'exercice national ou la passation accélérée d'accords de réciprocité pour permettre aux médecins francophones de circuler.
- **B. Formation** : augmenter les places en résidence et les stages cliniques en milieu francophone hors Québec pour créer un lien d'appartenance précoce aux communautés.
- **C. Recrutement international** : créer des corridors de recrutement directs et accélérer les programmes d'évaluation de la pratique pour les médecins francophones titulaires de diplômes étrangers.
- **D. Valorisation** : reconnaître le bilinguisme comme une compétence clinique essentielle, monnayer cette compétence et créer des équipes interprofessionnelles pour réduire la charge administrative des médecins.

SOINS INFIRMIERS AUTORISÉS

Code CNP (Classification nationale des professions) : 31301

Portrait de la main-d'œuvre et dynamique démographique

La profession infirmière constitue le pilier central des effectifs du réseau de la santé au Canada, qui compte environ 323 000 infirmières et infirmiers autorisés, dont près de 300 000 en exercice actif. La main-d'œuvre a connu une croissance notable de 7,6 % entre 2018 et 2023, mais elle fait face à une précarité structurelle liée au vieillissement. En effet, sa moyenne d'âge est de 43 ans et plus de 22 % des effectifs ont 55 ans ou plus, ce qui annonce une vague imminente et massive de départs à la retraite. Ce défi est exacerbé par une attrition élevée en début de carrière : au Québec, par exemple, environ 40 % des jeunes effectifs quittent le réseau peu après y être entrés. Leur décision est souvent une réaction à la surcharge de travail; l'importance qu'ils attachent à la qualité de vie en amène aussi bon nombre à préférer le travail à temps partiel.

La réalité linguistique en milieu minoritaire

Les francophones représentent entre 7 % et 8 % des effectifs infirmiers du pays, et on estime à environ 20 000 le bassin à l'extérieur du Québec. La répartition géographique révèle de fortes disparités : si le Québec domine avec des effectifs francophones chiffrés à plus de 60 000, le Nouveau-Brunswick se distingue avec environ 30 % d'effectifs francophones. En revanche, cette proportion tombe à 4 % en Ontario, bien que 10 % à 12 % puissent offrir des soins en français, et ces effectifs sont principalement concentrés dans l'est et le nord de la province.

Pénurie, besoins futurs et apport de l'immigration

La demande de soins infirmiers autorisés est forte, et on prévoit une croissance annuelle de 2,2 % jusqu'en 2031, ce qui représente environ 155 000 postes à pourvoir (nouveaux ou vacants) durant la période de 2025 à 2031. Le taux de vacance des postes, qui oscille autour de 6 % au niveau national, grimpe à plus de 10 % dans les régions rurales. L'Ontario est la province qui a le moins d'effectifs infirmiers en proportion de la taille de sa population et, à elle seule, elle aura besoin de 25 000 infirmières et infirmières supplémentaires, ce qui accentuera la tension dans les zones francophones.

Défis d'intégration et de rétention

Pour répondre à ces besoins, le système se tourne vers l'immigration. Si les infirmiers et infirmières formées à l'étranger représentent environ 11 % des effectifs canadiens, cette proportion atteint 20 % et 25 % chez les francophones hors Québec. Cependant, l'intégration est freinée par des processus de reconnaissance complexes et par un examen d'entrée (NCLEX) mal traduit, qui entraîne des taux d'échec élevés. L'isolement social et culturel nuit aussi beaucoup à la rétention de ces recrues.

Pistes d'action et solutions prioritaires

Pour remédier à la situation, il faut d'abord réviser la version française de l'examen NCLEX-RN et offrir des ressources pour appuyer la préparation des candidates et candidats francophones. Il est aussi essentiel de soutenir les programmes de formation bilingues (dont ceux offerts à l'Université d'Ottawa et à l'Université de l'Alberta) pour garantir une relève intérieure. Parallèlement, il faut créer des passerelles accélérées (*bridging programs*) et renforcer l'accompagnement communautaire pour faciliter l'intégration des effectifs formés à l'étranger. Enfin, la rétention passe par la systématisation du mentorat clinique et l'adaptation des conditions de travail (horaires flexibles) pour répondre aux attentes des jeunes générations.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs totaux** : environ 323 000 infirmières et infirmiers autorisés au Canada (tous secteurs confondus).
- **Croissance de la main-d'œuvre** : le nombre d'infirmiers et d'infirmières autorisées a augmenté de 7,6 % entre 2018 et 2023.

Démographie et vieillissement

- **Départs à la retraite** : plus de 22 % des effectifs ont 55 ans ou plus, donc il y aura une vague importante de départs au cours des prochaines années.
- **Taux de sortie précoce** : une proportion importante des jeunes dans la profession quitte rapidement le réseau. Au Québec, par exemple, l'attrition chez les jeunes avoisine les 40 %.

Données linguistiques (le profil francophone)

- **Effectifs francophones** : ils représentent entre 7 % et 8 % des effectifs infirmiers du pays.
- **Effectifs hors Québec** : on estime à environ 20 000 leur nombre à l'extérieur du Québec.
- Répartition géographique des francophones :
  - **Québec** : premier bassin avec plus de 60 000 infirmières et infirmiers francophones.
  - **Nouveau-Brunswick** : environ 30 % des effectifs infirmiers sont francophones (environ 7 000).

- **Ontario** : environ 4 % des effectifs infirmiers ont le français comme langue maternelle et 10 % à 12 % peuvent offrir des soins en français; ils sont concentrés à Ottawa, à Sudbury et à Hearst.
- **Ouest et Atlantique** (hors Nouveau-Brunswick) : présence marginale, souvent liée à l'immigration.

Pénurie et besoins futurs

- **Taux de vacance** : environ 6 % au niveau national, mais supérieur à 10 % dans les régions rurales.
- **Croissance de la demande** : on prévoit une croissance annuelle supérieure à 2,2 % jusqu'en 2031.
- **Prévisions 2025-2031** : environ 155 000 nouveaux postes à combler (nouveaux postes + vacances à pourvoir).
- **Zones critiques** : forte demande prévue dans le nord de l'Ontario, en Alberta, dans le Manitoba rural et dans les provinces atlantiques. L'Ontario affiche la plus faible proportion d'effectifs infirmiers compte tenu de sa population et a un besoin urgent de 25 000 infirmières et infirmiers supplémentaires.

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration (Canada)** : environ 11 % des effectifs de la profession sont formés à l'étranger (principaux pays sources : Philippines et Inde).
- **Apport de l'immigration (CFSM)** : de 20 % et 25 % des effectifs francophones hors Québec sont issus de l'immigration; leur apport est jugé essentiel au maintien des services.

Défis d'intégration

- Processus de reconnaissance des diplômes trop long et complexe.
- L'examen d'entrée (NCLEX-RN) est mal traduit, d'où un taux d'échec plus élevé chez les francophones.
- Isolement social et culturel des recrues immigrantes.

Défis qualitatifs et conditions de travail

- **Formation en français** : les programmes bilingues sont rares (par exemple, on compte à peine 17 personnes étudiant en deuxième année dans le programme offert à l'Université de l'Alberta). La formation continue est rarement accessible en français.
- **Conditions d'exercice** : les jeunes effectifs recherchent de plus en plus la qualité de vie, ce qui les amène à préférer le temps partiel au temps plein en réaction à la surcharge.
- **Accès aux soins** : dans les milieux bilingues (Nouveau-Brunswick et Est de l'Ontario), plus de 40 % des effectifs francophones déclarent ne pas pouvoir travailler principalement en français.

Pistes et solutions prioritaires

A. Formation et accès à la profession

- **Révision de l'examen NCLEX-RN** : améliorer la qualité de la traduction de l'examen national et rendre accessibles des ressources d'étude et de préparation en français pour réduire les taux d'échec chez les francophones.
- **Soutien aux programmes bilingues** : investir dans la formation bilingue (par exemple, à l'Université de l'Alberta et à l'Université d'Ottawa) pour garantir une relève canadienne — cette filière est actuellement trop fragile.
- **Formation continue en français** : développer une offre de formation continue en français pour permettre aux effectifs de se perfectionner sans devoir passer à l'anglais; il s'agit là d'un facteur clé de valorisation.

B. Intégration des effectifs infirmiers formés à l'étranger

- **Programmes passerelles** : créer des parcours accélérés pour les infirmiers et infirmières qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger, afin de faciliter l'obtention du permis d'exercice et de leur épargner la reprise complète de leurs études.
- **Accompagnement communautaire** : arrimer le recrutement international avec un soutien communautaire fort pour briser l'isolement social et culturel des recrues, facteur majeur de départ.

C. Rétention et milieu de travail

- **Mentorat structuré** : systématiser les programmes de jumelage ou de « compagnonnage » (*buddy system*) pour faciliter l'intégration clinique des jeunes qui entrent dans la profession et des effectifs professionnels nouvellement arrivés au Canada.
- **Outiller les gestionnaires** : former les directions et les gestionnaires aux réalités culturelles et linguistiques pour améliorer leur capacité à soutenir des équipes francophones ou bilingues.
- **Conditions flexibles** : pour éviter l'attrition en début de carrière, adapter les postes aux attentes des jeunes générations, qui privilégient la qualité de vie (postes à temps partiel ou horaires flexibles).
- **Visibilité nationale** : donner une voix forte aux effectifs francophones pour que le système de santé canadien les reconnaisse comme un groupe distinct ayant des besoins particuliers.

PRATIQUE CLINIQUE AVANCÉE DES SOINS INFIRMIERS

Code CNP (Classification nationale des professions) : 31302

Portrait de la main-d'œuvre et dynamique de croissance

La pratique clinique avancée des soins infirmiers (infirmiers praticiens et infirmières praticiennes) connaît une croissance fulgurante au Canada, affichant une augmentation des effectifs de 25 % depuis 2018 pour atteindre environ 6 500 praticiennes et praticiens actifs. Cette expansion répond à une volonté politique claire de pallier la pénurie de médecins de famille par d'autres effectifs professionnels capables de poser des diagnostics et de prescrire. Cependant, la composante francophone de cette profession ne suit pas la même courbe de croissance : on estime à moins de 1 000 le nombre de francophones dans cette profession au Canada, et la grande majorité exerce au Québec.

La réalité linguistique et géographique

La répartition des francophones en pratique clinique avancée est extrêmement inégale et concentrée dans l'est du pays. Le Québec domine largement, suivi par le Nouveau-Brunswick (environ 145) et l'Ontario (150 à 200). À l'ouest de l'Ontario et dans les trois territoires, la présence d'effectifs capables d'offrir de tels soins en français est rare, voire inexistante dans de vastes régions rurales. Cette absence crée des déserts de services pour les soins avancés de première ligne en français, obligeant la patientèle à se tourner vers les urgences ou des services anglophones.

Pénurie, vieillissement et défis de formation

La démographie interne des francophones en pratique clinique avancée est particulièrement préoccupante : les données indiquent que cette cohorte est plus âgée que la moyenne de la profession infirmière en général. On estime que 40 % des infirmiers praticiens et des infirmières praticiennes bilingues actuellement en poste prendront leur retraite d'ici 2030. Il existe donc un risque imminent de rupture de service. Le renouvellement est freiné par la capacité de formation : les programmes bilingues (comme ceux de l'Université d'Ottawa ou de l'Université de l'Alberta — campus Saint-Jean) accueillent de très petites cohortes (moins de 20 personnes) et leur expansion est entravée par le manque critique de lieux capables d'offrir des stages cliniques supervisés en français.

Potentiel inexploité et obstacles administratifs

La pratique clinique avancée des soins infirmiers est unanimement reconnue comme une solution souple, efficace et économique pour améliorer l'accès aux soins dans les communautés minoritaires, car ces effectifs professionnels sont souvent plus enclins à s'installer en région. Toutefois, leur déploiement est freiné par des obstacles administratifs majeurs : le manque de postes budgétés dans les organigrammes des régies de la santé, l'absence d'infrastructures physiques (bureaux de consultation) en région rurale et, parfois, une résistance des ordres professionnels, dont certains limitent leur champ de pratique.

Pistes d'action et solutions prioritaires

Il est impératif de soutenir financièrement la création et l'expansion de programmes de formation bilingues et d'augmenter les places de stage supervisé en français. Les gouvernements provinciaux doivent aussi financer des postes d'infirmières praticiennes et d'infirmiers praticiens bilingues dans les régions rurales et les centres de santé communautaires pour garantir l'accès. De plus, il faut créer des passerelles pour permettre aux effectifs formés dans d'autres pays francophones de faire reconnaître leurs compétences plus rapidement.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs totaux** : environ 6 500 infirmières praticiennes et infirmiers praticiens au Canada.
- **Croissance** : augmentation des effectifs de 25 % depuis 2018.
- **Francophones** : moins de 1 000 au total.
- Démographie et vieillissement.
- Vieillissement : cette cohorte est plus âgée que la moyenne de la profession infirmière en général.
- Départs à la retraite : on estime que 40 % des effectifs bilingues prendront leur retraite d'ici 2030, d'où un risque imminent de rupture de service.

Données linguistiques (le profil francophone)

- Répartition géographique :
  - **Québec** : domine largement la répartition.
  - **Nouveau-Brunswick** : environ 145 francophones.
  - **Ontario** : environ 150 à 200 francophones.
  - **Ouest et territoires** : présence rare ou inexistante (déserts de service).

Pénurie et besoins futurs

- **Potentiel inexploité** : la profession est reconnue comme une solution souple, efficace et économique pour améliorer l'accès aux soins en région, mais il y a trop peu de postes budgétés.
- **Formation** : les programmes bilingues accueillent de très petites cohortes (moins de 20 personnes) et manquent de lieux capables d'offrir des stages cliniques supervisés en français.

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration** : très faible pour cette profession en raison des exigences réglementaires et des différences dans le champ de la pratique comparativement aux autres pays francophones.
- **Statut** : plus de 85 % sont du Canada.

Défis qualitatifs et conditions de travail

Infrastructures : absence d'infrastructures physiques (bureaux de consultation) en région rurale pour permettre la pratique autonome.

Résistance : aarfois une résistance des ordres professionnels limite le champ de pratique.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Soutien à la formation** : financer la création et l'expansion de programmes de formation bilingues et multiplier les places de stage supervisé en français.
- **B. Postes ciblés** : financer des postes bilingues dans les régions rurales et les centres de santé communautaires.
- **C. Passerelles** : créer des mécanismes pour permettre aux infirmières praticiennes et infirmiers praticiens formés dans d'autres pays francophones de faire reconnaître leurs compétences plus rapidement.

SOINS PHARMACEUTIQUES

Code CNP (Classification nationale des professions) : 31120

Portrait de la main-d'œuvre et déséquilibre géographique

Le Canada compte un effectif total d'environ 42 000 pharmaciennes et pharmaciens, dont environ 7 500 francophones. On observe toutefois une hyperconcentration géographique : 90 % des effectifs exercent au Québec. Cette concentration extrême laisse les autres provinces avec des ressources minimes pour servir leurs minorités francophones. En Ontario, province qui abrite pourtant la plus grande population francophone hors Québec, à peine 7 % des pharmaciens et pharmaciennes se déclarent capables d'offrir des services en français, un chiffre bien en deçà des besoins réels de la population.

Enjeux de sécurité et accès aux soins

L'accès aux soins pharmaceutiques en français en milieu minoritaire est critique. Hors Québec, on estime que 50 % de la patientèle francophone n'a absolument aucun accès à des soins pharmaceutiques dans sa langue maternelle. Cette rupture de service représente un risque majeur pour sa sécurité, car le pharmacien ou la pharmacienne est le dernier filet de sécurité avant la prise d'un médicament. L'incompréhension de l'information concernant la posologie, les interactions médicamenteuses ou les effets secondaires peut avoir des conséquences cliniques graves, particulièrement pour les personnes aînées qui sont polymédicamentées.

Désert éducatif et pénurie structurelle

La pénurie de personnel de pharmacie est généralisée au pays, mais l'enjeu linguistique l'aggrave considérablement. La racine du problème est éducative : la quasi-totalité des programmes de pharmacie hors Québec sont offerts exclusivement en anglais. Il n'existe pas de filière francophone structurée dans l'Ouest ou les Maritimes (sauf quelques places réservées ici et là), forçant les jeunes francophones à étudier en anglais — au risque de perdre leur vocabulaire technique en français — ou à s'exiler au Québec pour leurs études — et le taux de retour dans la province d'origine est dans ce cas plutôt faible.

Défis qualitatifs et solutions locales

Au-delà des nombres, le problème réside dans une méconnaissance du principe de l'offre active : en effet, seulement 20 % du personnel de pharmacie le comprend. Face à ce constat, des initiatives locales émergent pour colmater les brèches. Des programmes de jumelage (*buddy pharmacist*) permettent à des pharmaciennes et pharmaciens anglophones d'être appuyés par des collègues bilingues. À cela s'ajoutent des cours de français médical gratuits (comme ceux de l'Université Sainte-Anne), qui connaissent un certain succès, aidant à outiller le personnel en poste. Cependant, ces mesures palliatives ne remplacent pas une offre structurelle.

Pistes d'action et solutions prioritaires

Il faut développer des programmes de jumelage et de mentorat structurés pour soutenir le personnel de pharmacie en exercice. Il faut également créer des corridors de formation ou des places réservées dans les universités francophones pour les étudiantes et étudiants issus des CFSM et y adjoindre des incitatifs financiers robustes (bourses de retour) pour garantir que les nouveaux pharmaciens et pharmaciennes fraîchement formés retourneront exercer dans leur communauté d'origine. Enfin, il faut contraindre les ordres professionnels à collecter de données linguistiques pour mieux cibler les zones à risque.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs totaux** : environ 42 000 pharmaciens et pharmaciennes au Canada.
- **Francophones** : environ 7 500.

Données linguistiques (le profil francophone)

- **Concentration** : 90 % des francophones exercent au Québec.
- **Ontario** : seulement 7 % du personnel de pharmacie déclare pouvoir offrir des services en français.
- **Accès aux services** : hors Québec, 50 % de la patientèle francophone n'a aucun accès à des soins pharmaceutiques dans sa langue maternelle.

Pénurie et besoins futurs

- **Sécurité des patients et patientes** : le manque de services en français augmente les risques d'erreurs médicamenteuses et de mauvaise compréhension des posologies.
- **Formation** : désert éducatif hors Québec; la quasi-totalité des programmes sont en anglais, forçant l'exil des étudiantes et étudiants francophones ou leur assimilation linguistique.

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration** : la proportion du personnel de pharmacie francophone issu de l'immigration est très faible au Québec, mais il contribue à maintenir une offre bilingue dans les provinces anglophones.

Défis qualitatifs et conditions de travail

- **Offre active** : seulement 20 % du personnel de pharmacie connaît le concept d'offre active.
- **Isolement** : les pharmaciennes et pharmaciens bilingues en milieu minoritaire sont rares et souvent isolés professionnellement.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Jumelage** : développer des programmes de jumelage (*buddy pharmacist*) pour soutenir le personnel anglophone et allophone désireux de servir la clientèle francophone.
- **B. Formation** : créer des corridors de formation ou des places réservées dans les universités francophones pour les étudiantes et étudiants issus des CFSM et y adjoindre des bourses de retour.
- **C. Données** : obliger les ordres professionnels à collecter des données linguistiques pour mieux cibler les zones à risque.

PSYCHOLOGUES

Code CNP (Classification nationale des professions) : 31200

Portrait de la main-d'œuvre et disparités extrêmes

L'analyse des microdonnées révèle des disparités géographiques très marquées. En effet, sur les 7 305 psychologues francophones qui exercent au Canada, plus de 80 % (soit 5 880) exercent au Québec. L'Ontario et le Nouveau-Brunswick ne disposent chacun que d'un contingent modeste, d'environ 230 psychologues francophones. Dans l'Ouest canadien (Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique), la situation s'apparente à un désert, avec des effectifs inférieurs à 100 psychologues francophones par province, rendant l'accès à des soins de santé mentale en français quasi impossible hors des grands centres urbains.

La barrière clinique et les « déserts thérapeutiques »

Pour les 2,8 millions de francophones vivant hors Québec, le bassin de ressources est famélique. Cette situation a des conséquences cliniques directes et graves. La psychothérapie reposant intrinsèquement sur la communication verbale et la nuance linguistique, le fait de devoir exprimer un traumatisme, une anxiété ou une détresse dans une langue seconde constitue une barrière majeure au diagnostic et à l'efficacité du traitement. Les patients et patientes sur les listes d'attente languissent longtemps après les soins ou se tournent vers le secteur privé, coûteux, ce qui crée une iniquité d'accès.

Pénurie, besoins futurs et blocage des titulaires de diplômes étrangers

La demande en santé mentale a explosé suivant la pandémie de la COVID-19, mais l'offre stagne. Contrairement à d'autres professions, la psychologie bénéficie très peu de l'apport de l'immigration (seulement 12 % des effectifs francophones sont nés à l'étranger). La cause principale est scolaire et réglementaire : le Canada exige généralement un doctorat pour l'entrée dans la profession, alors que dans la majorité des pays de l'espace francophone (y compris la France et la Belgique) il faut plutôt une maîtrise pour devenir psychologue. Cela bloque toute reconnaissance des acquis et empêche l'intégration de cliniciennes et cliniciens compétents.

Pistes d'action et solutions prioritaires

À court terme, la télépsychologie est le seul moyen envisageable de répondre aux besoins ruraux, mais pour y recourir, il faudra des accords de reconnaissance mutuelle des permis d'exercice entre les provinces. Il serait également crucial de créer des programmes passerelles supervisés pour permettre aux cliniciennes et cliniciens formés à l'étranger (titulaires d'une maîtrise) de pratiquer sous supervision sans devoir faire un doctorat complet. Enfin, il est impératif de mettre à jour et normaliser les outils psychométriques en français pour assurer la qualité des diagnostics.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs francophones** : environ 7 305 psychologues francophones au Canada.
- **Concentration** : plus de 80 % (5 880) au Québec.

Données linguistiques (le profil francophone)

- **Ontario et Nouveau-Brunswick** : environ 230 psychologues francophones chacun.
- **Ouest canadien** : effectifs inférieurs à 100 par province (Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique).
- **Conséquence** : création de vastes « déserts thérapeutiques » pour les 2,8 millions de francophones hors Québec.

Pénurie et besoins futurs

- **Demande** : explosion de la demande en santé mentale suivant la pandémie de la COVID-19.
- **Barrière clinique** : la thérapie nécessitant une communication verbale fine, l'absence de service en français constitue une barrière majeure au diagnostic et au traitement.

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration** : très faible (seulement 12 % des effectifs francophones sont nés à l'étranger).
- **Obstacle majeur** : le Canada exige un doctorat, alors qu'il suffit d'une maîtrise en Europe et en Afrique; il y a donc un obstacle systémique à la reconnaissance des diplômes.

Défis d'intégration

- **Programmes passerelles** : absence de programmes de mise à niveau qui permettrait aux cliniciennes et cliniciens formés à l'étranger (titulaire d'une maîtrise) d'obtenir le droit d'exercer sans faire un doctorat complet.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Télépsychologie** : développer l'offre virtuelle pour couvrir les régions rurales et éloignées, ce qui nécessite une reconnaissance mutuelle des permis par les provinces.
- **B. Formation** : créer des programmes passerelles supervisés pour les cliniciennes et cliniciens formés à l'étranger.
- **C. Outils** : mise à jour et normalisation des outils psychométriques en français.

TRAVAIL SOCIAL

Code CNP (Classification nationale des professions) : 41300

Portrait de la main-d'œuvre et répartition régionale

Le profil géographique des travailleuses et travailleurs sociaux est plus équilibré que celui des psychologues, bien que le Québec s'accapare la part du lion. Sur les 16775 travailleuses et travailleurs sociaux francophones que compte le Canada, environ 3760 exercent à l'extérieur du Québec. Cette présence appréciable s'explique par l'existence de programmes de formation en français bien établis en Ontario (Université d'Ottawa et Université Laurentienne) et au Nouveau-Brunswick (Université de Moncton). Ainsi, l'Ontario compte plus de 1 150 travailleuses et travailleurs sociaux francophones et le Nouveau-Brunswick, plus de 900. Cependant, dès que l'on s'éloigne de ces bastions de formation, les effectifs chutent drastiquement.

Défis qualitatifs : invisibilité et complexité des cas

Le défi majeur pour cette profession est son invisibilité statistique : les ordres professionnels ne collectent pas systématiquement de données sur la capacité linguistique, rendant le repérage des effectifs bilingues extrêmement difficile pour la patientèle comme pour les gestionnaires qui planifient les services. Sur le terrain, les travailleuses et travailleurs sociaux qui exercent en français vivent un isolement professionnel important. Ils œuvrent en première ligne de crises sociales complexes (itinérance, toxicomanie, violence), souvent sans disposer d'un réseau professionnel francophone vers qui diriger leur clientèle pour un suivi spécialisé. Bref, ils deviennent la ressource à tout faire et sont donc surchargés.

Pénurie et besoins

La demande de services sociaux connaît une forte croissance, exacerbée par les crises sociales actuelles. Bien que le recrutement local fonctionne dans l'Est, les régions de l'Ouest dépendent davantage de la mobilité interprovinciale. L'immigration joue un rôle modeste (environ 9,5 % des effectifs sont nés à l'étranger), mais cette main-d'œuvre fait face à des défis d'intégration liés à la compréhension des systèmes légaux et sociaux canadiens propres à chaque province.

Pistes d'action et solutions prioritaires

La mesure la plus urgente serait d'obliger les ordres professionnels à collecter des données linguistiques pour cartographier l'offre réelle. Il faudrait également soutenir la formation continue en français sur les enjeux sociaux complexes pour briser l'isolement des praticiens et praticiennes. Enfin, la création de programmes de mentorat en travail social permettrait d'aider les travailleuses et travailleurs sociaux issus de l'immigration à se familiariser plus rapidement avec les lois et les ressources locales.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs francophones** : 16 775 travailleuses et travailleurs sociaux.
- **Hors Québec** : environ 3 760.

Données linguistiques (le profil francophone)

- **Bastions** : Ontario (1 155) et Nouveau-Brunswick (910), soutenus par des programmes de formation locaux.
- **Ouest et Nord** : des effectifs faméliques.

Pénurie et besoins futurs

- **Demande** : forte croissance causée par les crises sociales (itinérance, toxicomanie).
- **Invisibilité** : les ordres professionnels ne collectent pas systématiquement de données linguistiques, rendant difficile le repérage de ces effectifs.

Défis qualitatifs et conditions de travail

- **Isolement** : les francophones qui font du travail social déplorent souvent le manque d'un réseau professionnel francophone vers qui diriger leur clientèle pour un suivi spécialisé.
- **Complexité** : ces travailleurs et travailleuses deviennent le « dernier recours » francophone pour des dossiers lourds.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Données** : obliger les ordres professionnels à collecter des données sur la capacité linguistique.
- **B. Formation continue** : soutenir la formation en français sur les enjeux sociaux complexes.
- **C. Mentorat** : accompagner les effectifs issus de l'immigration durant leur familiarisation avec les lois locales.

MAINTIEN À DOMICILE ET SOINS AUX BÉNÉFICIAIRES

Code CNP (Classification nationale des professions) : 33102 / 44101

Portrait de la main-d'œuvre et dépendance envers l'immigration

Ce secteur se distingue par une très forte dépendance envers l'immigration. Environ 30 % des effectifs francophones hors Québec (sur un total de 83630 au Canada) sont nés à l'étranger, proportion qui monte à 45 % quand on considère l'ensemble de la catégorie au niveau national. Dans certaines provinces, notamment l'Ontario et l'Alberta, les soins de longue durée en français dépendent presque entièrement de la main-d'œuvre immigrante pour leur survie. Il en va de même pour le maintien à domicile.

Pénurie, besoins futurs et précarité

La demande pour ces services explose en raison du vieillissement accéléré de la population et du virage politique qui a fait passer au premier plan les soins à domicile. Cependant, ces emplois souffrent d'une grande précarité (temps partiel involontaire, faibles salaires) et d'un manque de valorisation sociale qui nuisent gravement à la rétention. Ce problème est exacerbé en région rurale, où les conditions salariales ne compensent pas les coûts de déplacement (malgré la nécessité d'avoir sa propre voiture), ce qui cause des manques de services à domicile pour les francophones qui vieillissent dans l'isolement.

Défis d'intégration : le gaspillage de compétences

On observe un phénomène massif de surqualification dans ce secteur. En effet, bon nombre d'effectifs issus de l'immigration (près de 50 % dans certains bassins) détiennent un diplôme universitaire — beaucoup sont des médecins, des infirmières ou des infirmiers qualifiés dans leur pays d'origine. Ils occupent ces postes par nécessité, parce qu'ils ne parviennent pas à faire reconnaître leurs diplômes. Cela représente un gaspillage honteux de compétences considérant les pénuries de personnel qualifié aux autres échelons du système.

Pistes d'action et solutions prioritaires

Il est crucial de valoriser le métier en améliorant les salaires et les conditions de travail (postes à temps plein, remboursement des frais de déplacement). Parallèlement, il faudrait voir ce bassin de travailleuses et travailleurs surqualifiés comme une relève potentielle pour le réseau et le transformer en vivier stratégique pour les programmes passerelles vers les soins infirmiers autorisés et la médecine.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs francophones** : environ 83 630 (CNP 33102).
- **Répartition** : 61 % au Québec, mais des poches importantes en Ontario (environ 3 270) et au Nouveau-Brunswick (environ 2 785).

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration** : c'est le secteur le plus dépendant de l'immigration. Environ 30 % des effectifs francophones hors Québec sont nés à l'étranger (au plus 5 % pour d'autres professions).
- **Rôle clé** : dans l'Ouest (Alberta, Colombie-Britannique et Manitoba), la survie des services de soins de longue durée en français repose presque entièrement sur la main-d'œuvre immigrante.

Défis d'intégration et qualitatifs

- **Surqualification** : près de 50 % des effectifs immigrants dans le secteur détiennent un diplôme universitaire de leur pays d'origine (souvent en médecine ou en soins infirmiers).
- **Précarité** : temps partiel involontaire, faibles salaires et horaires morcelés.
- **Rétention** : difficile en région rurale où les coûts de déplacement (voiture) ne sont pas compensés.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Valorisation** : améliorer les conditions salariales et garantir le temps complet.
- **B. Passerelles** : utiliser ce bassin de personnel surqualifié comme vivier pour les passerelles vers la profession infirmière ou la médecine.
- **C. Formation** : soutenir la formation linguistique et technique en milieu de travail.

ERGOTHÉRAPEUTES

Code CNP (Classification nationale des professions) : 31203

Portrait de la main-d'œuvre et concentration géographique

La profession d'ergothérapeute se caractérise par une concentration géographique encore plus marquée que celle des soins infirmiers. Sur un effectif total d'environ 5220 ergothérapeutes francophones au Canada, une écrasante majorité (83 %, soit environ 4355 ergothérapeutes) exerce au Québec. Cette concentration laisse les CFSM avec des ressources squelettiques : l'Ontario ne compte que 245 ergothérapeutes francophones et le Nouveau-Brunswick environ 200. Dans l'Ouest canadien et les territoires, il n'y a pratiquement pas d'effectifs capables d'intervenir en français (moins de 20 par province), créant des ruptures de service majeures pour les populations vieillissantes et les personnes nécessitant une réadaptation.

Pénurie, besoins futurs et défi des outils cliniques

La demande pour les services d'ergothérapie connaît une forte croissance (augmentation de 2,7 % par an), propulsée par les besoins en soins primaires, en santé mentale et par le maintien à domicile des personnes aînées. Toutefois, un obstacle qualitatif majeur freine la pratique en milieu minoritaire : le manque criant d'outils d'évaluation clinique standard en français. Les ergothérapeutes doivent souvent traduire ou adapter « sur le coin de la table » des tests créés en anglais, ce qui, en plus d'alourdir considérablement leur charge de travail, risque d'invalider les résultats psychométriques, entraînant une insécurité professionnelle et juridique.

Défis d'intégration et faible apport de l'immigration

Contrairement au maintien à domicile et aux soins aux bénéficiaires, l'ergothérapie bénéficie très peu de l'apport de l'immigration pour combler ses rangs. Seulement 6,5 % des effectifs francophones (environ 345 personnes) sont nés à l'extérieur du Canada. L'intégration est freinée par des processus complexes et coûteux de reconnaissance des diplômes. De surcroît, la profession est méconnue dans certains pays de l'espace francophone. Même au Canada, la profession ne bénéficie pas d'une reconnaissance comparable aux soins infirmiers ou à la médecine, ce qui limite l'accès au financement pour les stages et l'intégration.

Pistes d'action et solutions prioritaires

Pour garantir des services sécuritaires, il est impératif d'investir massivement dans la traduction, l'adaptation culturelle et la validation scientifique d'outils cliniques en français. Sur le plan de la main-d'œuvre, la stratégie doit miser sur la formation délocalisée et l'augmentation des places de stage dans les CFSM pour attirer les personnes diplômées dès la fin de leurs études. Enfin, il faut créer des incitatifs financiers pour compenser le coût de la pratique en région éloignée et valoriser l'expertise bilingue.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs francophones** : environ 5 220 ergothérapeutes au Canada (CNP 31203).
- **Répartition** : hyperconcentration au Québec (83 %); effectifs très limités en Ontario (environ 245), au Nouveau-Brunswick (environ 200) et dans l'Ouest (moins de 50).

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration** : les personnes immigrantes ne représentent que 6,5 % de la main-d'œuvre francophone (environ 345 ergothérapeutes), un taux nettement inférieur à la moyenne du secteur de la santé.
- **Mobilité** : la mobilité interprovinciale est faible, ce qui limite la capacité d'offrir du renfort dans les zones touchées par des pénuries critiques.

Défis d'intégration et qualitatifs

- **Manque d'outils** : absence critique de tests standard en français, ce qui oblige les ergothérapeutes à utiliser des traductions maison, non validées, qui compromettent la qualité des évaluations.
- **Reconnaissance** : parce que la profession jouit d'une visibilité moindre que la médecine ou les soins infirmiers auprès des décisionnaires, il est plus difficile pour les ergothérapeutes d'avoir accès à des bourses et à une aide financière pour leur installation.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Outils cliniques** : financer la production et la validation de matériel d'évaluation conforme aux normes canadiennes en français.
- **B. Formation** : soutenir les programmes de formation délocalisée et multiplier les stages cliniques en milieu minoritaire.
- **C. Recrutement** : cibler les ergothérapeutes dans les campagnes de recrutement international et simplifier l'établissement d'équivalences entre les diplômes.

PHYSIOTHÉRAPEUTES

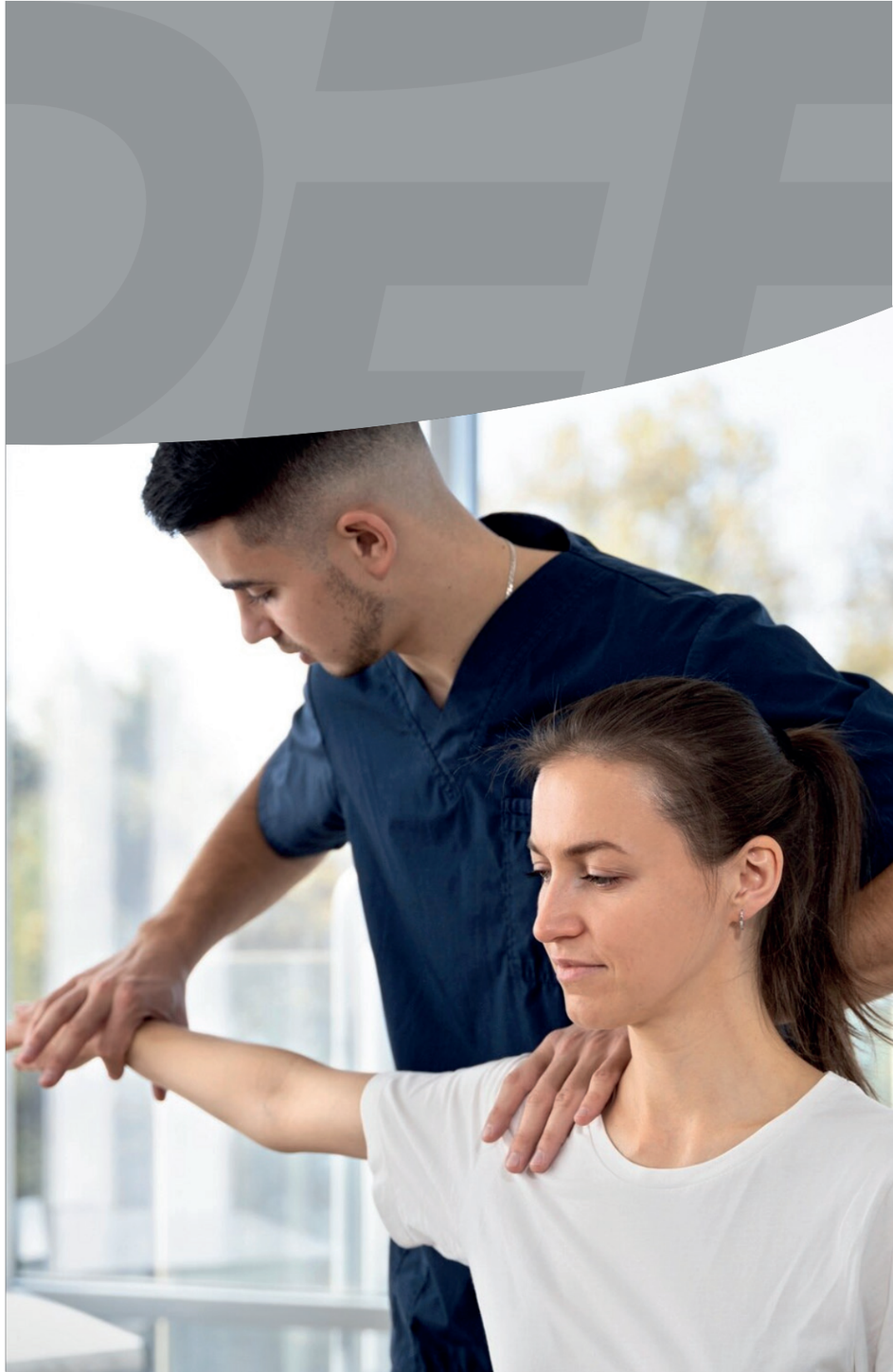
Code CNP (Classification nationale des professions) : 31202

Portrait de la main-d'œuvre et concentration géographique

La répartition géographique des physiothérapeutes ressemble à celle des ergothérapeutes, mais la concentration n'est pas aussi marquée. En effet, sur des effectifs d'environ 5645 physiothérapeutes francophones au Canada, près de 73 % (environ 4115) exercent au Québec. Cela laisse néanmoins des noyaux de service plus robustes ailleurs au pays, notamment en Ontario (environ 525 physiothérapeutes) et au Nouveau-Brunswick (environ 430), où leur présence est soutenue par l'existence de programmes de formation bilingues ou francophones (Université d'Ottawa et Université de Moncton). En revanche, l'Ouest canadien demeure une zone de grande vulnérabilité : le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique ne comptent, au total, qu'environ 120 physiothérapeutes capables d'offrir des services en français pour couvrir un territoire immense.

Pénurie, besoins futurs et défi des outils cliniques

La demande en physiothérapie connaît une croissance soutenue, attribuable au vieillissement de la population, à la prévalence des maladies chroniques et aux besoins de réadaptation postopératoire. Cependant, la qualité des soins en milieu minoritaire se heurte à un obstacle technique : le manque d'outils d'évaluation standard en français. Comme leurs collègues ergothérapeutes, les physiothérapeutes doivent souvent composer avec des tests ou des protocoles conçus en anglais, qu'il leur faut traduire en simultané lors des séances de physiothérapie. Cette « gymnastique linguistique » alourdit leur charge cognitive et peut nuire à la précision des évaluations qu'ils et elles réalisent, de même qu'à leur explication des exercices de réadaptation à leur patientèle.



Défis d'intégration et apport modeste de l'immigration

L'apport de l'immigration francophone à cette profession demeure modeste, bien que légèrement supérieur à celui observé en ergothérapie. Environ 8 % des physiothérapeutes francophones (soit 430 personnes) viennent de l'extérieur du Canada. L'intégration de ces effectifs professionnels est souvent freinée par un processus rigoureux et coûteux d'examen des compétences, qui agit comme un goulot d'étranglement à l'échelle nationale. Bien que le Canada ait conclu des accords de reconnaissance mutuelle avec certains pays (notamment la France), au niveau provincial, leur application se heurte parfois à des délais administratifs qui découragent les candidatures ou retardent l'entrée en fonction des recrues.

Pistes d'action et solutions prioritaires

Pour sécuriser l'offre de service, il est crucial de financer la traduction et la validation clinique d'outils d'évaluation en français. Ainsi, on garantira un traitement équitable de la patientèle francophone en milieu minoritaire. Sur le plan des effectifs, il faut assurer la pérennisation et l'expansion des programmes de formation en français hors Québec (comme celui de l'Université d'Ottawa). Enfin, on doit accélérer les processus d'évaluation des équivalences afin de pouvoir puiser davantage dans le bassin mondial de physiothérapeutes francophones pour combler les pénuries régionales.

Données et synthèse

Portrait global des effectifs

- **Effectifs francophones** : environ 5 645 physiothérapeutes (CNP 31202).
- **Répartition** : concentration au Québec (73 %). Hors Québec, les bastions sont l'Ontario (environ 525 physiothérapeutes) et le Nouveau-Brunswick (environ 430). Il y a pénurie critique dans l'Ouest canadien, où n'exercent que de rares effectifs dispersés.

Immigration et mobilité

- **Apport de l'immigration** : environ 8 % de la main-d'œuvre francophone (430 physiothérapeutes) est issue de l'immigration, un taux en deçà de ce qu'il faudrait pour combler les besoins croissants.
- **Mobilité** : la mobilité interprovinciale est trop faible pour compenser les départs à la retraite dans les provinces de l'Ouest.

Défis d'intégration et qualitatifs

- **Outils cliniques** : manque d'outils d'évaluation et de protocoles de réadaptation standard en français, forçant constamment les physiothérapeutes francophones à en faire l'adaptation sur le tas.
- **Reconnaissance** : le processus national d'examen des compétences constitue une barrière financière et temporelle importante pour les candidates et les candidats de l'étranger.

Pistes et solutions prioritaires

- **A. Soutien à la formation** : pérenniser les programmes de formation bilingues et faciliter l'accès aux stages en région éloignée.
- **B. Outils cliniques** : financer la traduction et la validation scientifique de matériel d'évaluation en français.
- **C. Accélération de la reconnaissance** : simplifier le parcours d'évaluation des équivalences pour les personnes diplômées de pays ayant des normes de formation comparables à celles du Canada.

BIBLIOGRAPHIE

ALLAN, Michael. « La voix de la médecine de famille », *Le médecin de famille canadien / Canadian Family Physician*, vol. 71, no 5, 2025, p. 359. doi : 10.46747/cfp.7105359.

ANTONIPILLAI, Valentina, Edward NG, Andrea BAUMANN, Mary CREA-ARSENIO, et Dafna KOHEN. « Précarité de l'emploi, caractéristiques de l'emploi et état de santé des travailleurs des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées au Canada pendant la pandémie de COVID-19 », *Rapports sur la santé*, vol. 35, no 2, février 2024, Statistique Canada, 17 p.

ARCAND, Sébastien, Annick LENOIR-ACHDJIAN et Denise HELLY. « Insertion professionnelle d'immigrants récents et réseaux sociaux : le cas de Maghrébins à Montréal et Sherbrooke », *Canadian Journal of Sociology/Cahiers canadiens de sociologie*, vol. 34, no 2, 2009, p. 373-402.

ARISTE, Ruolz. *La pénurie des infirmières au Canada : Le rôle des mécanismes de fixation des salaires*, [Thèse], Université Laval, 2019.

ATLANTIC EVALUATION GROUP. *Rapport final — Soins à domicile en français, Réseau santé en français Î-P.-É*, 2013.

AUCOIN, Natalie. *Les services offerts en français dans les foyers de soins de longue durée et les soins à domicile dans les régions acadiennes de la Nouvelle-Écosse*, Réseau Santé Nouvelle-Écosse, 2018.

BANERJEE, Rupa, et Mai PHAN.« Licensing Requirements and Occupational Mobility Among Highly Skilled New Immigrants in Canada » (Exigences de pratiques professionnelles et mobilité professionnelle parmi les nouveaux immigrants hautement qualifiés au Canada), *Relations industrielles / Industrial relations*, vol. 69, no 2, printemps 2014, p. 290-315. doi : 10.7202/1025030ar.

BÉDARD, Jean-Luc, Cathia PAPI, Francis BEAUCHAMP-GOYETTE et Moussa DIENG. *Admission aux professions réglementées : immigration, gouvernance du système professionnel et disjonctions institutionnelles. Analyse comparative, identification de bonnes pratiques et recommandations pour les professions réglementées au Canada, [Rapport de recherche], Ottawa, Conseil de recherches en sciences humaines du Canada*, 2018, 55 p.

BÉLANGER, Christopher, Cayden PEIXOTO, Sara FRANCOEUR et Lise M. BJERRE. « Patient and Provider Satisfaction With a Geomapping Tool for Finding Community Family Physicians in Ontario, Canada: Cross-Sectional Online Survey Study », *JMIR Formative Research*, vol. 8, 2024. doi : 10.2196/56716.

BÉLANGER, Roxanne, Chantal MAYER-CRITTENDEN, Josée MAINGUY et Anie COUTU. « Enquête sur l'offre active pour les services auxiliaires de santé du Nord-Est de l'Ontario », *Reflets*, vol. 24, no 2, automne 2018. doi : 10.7202/1053869ar.

BEN AHMED, Houssem Eddine, et Ivy Lynn BOURGEAULT. *Soutenir les soins infirmiers au Canada : une série de solutions coordonnées fondées sur des données probantes visant à soutenir la main-d'œuvre infirmière maintenant et demain*, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmers, 2022.

BERNARD, André, et Yasmina SEDDIKI. Renouvellement de la main-d'œuvre dans les professions de la santé, [Étude], Ottawa, Statistique Canada, 2025.

BLAIN, Marie-Jeanne, et Sylvie FORTIN. « Migration de professionnels de la santé : enjeux de reconnaissance de diplômés internationaux en médecine au Québec », *Diversité urbaine*, vol. 20, no 1, 2020, p. 25-53. doi : 10.7202/1084961ar.

BOUCHARD, Louise, et Martin DESMEULES. « La santé des personnes âgées francophones vivant en situation minoritaire au Canada : enjeux et besoins », dans Marie DROLET, Pier BOUCHARD et Jacinthe SAVARD (dir.). *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2017, p. 123-142.

BOUCHARD, Pier, Sylvain VÉZINA, Manon CORMIER, Marie-Josée LAFORGE. « L'engagement des futurs professionnels en faveur de l'offre active et d'un système adapté linguistiquement et culturellement », dans *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, 2017, p. 49-73.

BOWEN, Sarah. *Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé*, [Rapport], Ottawa, Santé Canada, 2001, 155 p.

CARDINAL, Linda, Guillaume DESCHÊNES-THÉRIAULT et Lori-Ann CYR. « Les besoins des groupes francophones en contexte minoritaire en matière de recherche en immigration francophone », *Enjeux et société*, vol. 11, no 2, automne 2024, p. 163-189. doi : 10.7202/1115116ar.

CARR, Kady, Ricardo BATISTA MOLINER, Michael FITZGERALD, Sophie LAMONTAGNE, Anan BADER EDDEEN, Patrick E. TIMONY, et collab. « Évaluer le potentiel de soins linguistiquement concordants pour les francophones de l'Ontario : une étude populationnelle transversale », *Minorités linguistiques et société*, no 22, 2024. doi : https://doi.org/10.7202/1110630ar.

CASTRACANI, Lucio. « Le Programme des travailleurs étrangers temporaires au Québec. Les leçons du secteur agricole pour l'industrie de la construction », *Possibles*, vol. 29, no 1, printemps 2025, p. 74-82. doi : 10.62212/revuepossibles.v49i1.835

CENTRE DE LEADERSHIP ET D'ÉVALUATION (CLÉ). *Le vieillissement des francophones en Ontario : livre blanc*, Ottawa, Assemblée de la francophonie de l'Ontario, 2019, 36 p.

CFPC Statement on Artificial Intelligence for Family Medicine [Déclaration du Collège des médecins de famille du Canada sur l'utilisation de l'intelligence artificielle], Collège des médecins de famille du Canada, 2024.

CHARTRAND, Julie, Lindsay JIBB, Camille GRANDMONT, Élisabeth HARDY-BÉLANGER, Sara CHENG, Rebecca BALASA et Donna JOHNSTON. « Perceptions of healthcare professionals regarding home-based pediatric cancer care provided in French: A qualitative descriptive study », *Canadian Oncology Nursing Journal / Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie*, vol. 32, no 3 (2022), p. 381-385.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance », *Santé publique*, vol. 20, no 2, p. 191-199. doi : 10.3917/spub.082.0191..

CONTANT, Jocelyne. *Étude en matière des soins palliatifs*, Ottawa, Réseau des services de santé en français de l'est de l'Ontario, 2014, 44 p.

CORDOVA, Daniel, Jesus R. TORRES, Shiou UDAGAWA, Xin Qi, Tucker AVRA et Breena R. TAIRA. « Nursing perspectives on advancing language access in the emergency department: A qualitative study », *PloS One*, vol. 20, no 11, 2025. doi : 10.1371/journal.pone.0336525

CÔTÉ, Catherine, Marianne BEAULIEU, Stéphane TURCOTTE, Liliane BERNIER, Yves ROY, Marie-Soleil HARDY, Manon TRUCHON et Michael CANTINOTTI. « Attentes du personnel infirmier de la relève envers l'employeur pour favoriser l'engagement professionnel : un premier jalon pour la conception d'interventions organisationnelles au Québec (Canada) », *Science infirmière et pratiques en santé / Science of Nursing and Health Practices*, vol. 5, no 3, 2022, p. 50-69. doi : 10.7202/1095199ar

Considérations stratégiques pour la rétention du personnel de santé formé à l'étranger,[Rapport], Excellence en santé Canada, 2024, 33 p.

CÔTÉ, Nancy, Charles FLEURY, Daniel MERCURE, Hubert DOYON et Mathilde SAVOLDELLI. « L'identité professionnelle des médecins de famille au Québec », *Recherches sociographiques*, vol. 60, no 2, mai-juillet 2019, p. 287-328.

DE CHAMPLAIN, Yves, Martin HUTCHISON, Henri BOUDREAULT, Pierre CHASTENAY, Annie GIRARD et Daniel LAURIN. « La reconnaissance des acquis et des compétences, une transdiscipline? », *Enjeux et société*, vol. 10, no 1, hiver 2023, p. 163–193. doi : 10.7202/1098702ar.

DE MOISSAC, Danielle, Marie DROLET et collab. « Enjeux et défis dans l'offre de services dans la langue de la minorité : l'expérience des professionnels bilingues dans le réseau de la santé et des services sociaux », dans Marie DROLET, Pier BOUCHARD et Jacinthe SAVARD (dir.). *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, p. 205-228.

DE MOISSAC, Danielle. *Santé en français : Être bien dans sa langue – Améliorer l'accès des personnes âgées de Saint-Boniface et de Saint-Vital aux services de santé en français*. Sommaire, Saint-Boniface et Saint-Vital, 2013.

DE MOISSAC, Danielle. *Accès aux services de santé et d'interprète-accompagnateur : l'expérience des communautés minoritaires à faible densité de francophones au Canada*, [Rapport de recherche, projet INTACC], Société Santé en français, 2016, 75 p.

DE OLIVEIRA FARIA, Erick. « Indice de pénurie de médecins comme méthode d'évaluation espace-temps du programme Mais Médicos à Belo Horizonte, Minas Gerais (Brésil) », dans *Population, temps, territoires, 5e colloque international du Collège international des sciences territoriales (CIST)*, [Actes du colloque, Paris-Aubervilliers, 18 au 20 novembre 2020], CIST / MaxiSouk, p. 81-85

DIOH, Marie-Laure, Lucille GUILBERT et Michel RACINE. « L'immigrant actif : étude du parcours de vie comme cadre d'analyse pour une compréhension globale du projet migratoire », *Alterstice*, vol. 9, no 1, 2020, p. 39-50. doi : /10.7202/1075249ar.

DJIDEL, Samir. *Analyse des répercussions économiques de la pandémie de COVID-19 sur l'industrie canadienne des soins dentaires*, Ottawa, Statistique Canada, 2024.

DROLET, Marie, Pier BOUCHARD et Jacinthe SAVARD (dir.). *Accessibilité et offre active : santé et services sociaux en contexte minoritaire*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, 2017, 414 p.

DUBOULOZ, Claire-Jehanne, Josée BENOÎT, Paulette GUITARD, Lucie BROSSEAU, Jacinthe SAVARD, Lucy-Ann KUBINA et Marie DROLET. « Proposition de lignes directrices pour la formation à l'offre active des futurs professionnelles et professionnels en santé et en service social œuvrant en situation francophone minoritaire », *Reflets*, vol. 20, no 2, 2014, p. 123-151. doi : 10.7202/1027588ar.

ETMANSKI, Brittany. *Premiers résultats sur le marché du travail des diplômés étrangers : résultats de l'Enquête nationale auprès des diplômés*, Ottawa, Statistique Canada, 2025.

FAUBERT, Emmanuelle B. *La pénurie de personnel infirmier au Québec : améliorer la flexibilité et les conditions de travail*, IEDM, 2023, 5 p., coll. « Les notes économiques, collection santé ».

SIMARD, Philippe, Olivier FORTIN, Jessica RUEL-LALIBERTÉ et Magalie TARDIF. *Les effectifs médicaux au Québec : Un médecin pour chacun et une place pour chaque médecin*, [Mémoire], Fédération médicale étudiante du Québec, 2017, 33 p.

FITZSIMON, Jonathan, Shawna CRONIN, Anastasia GAYOWSKY, Antoine ST-AMANT et Lise M. BJERRE. « Assessing the impact of attachment to primary care and unattachment duration on healthcare utilization and cost in Ontario, Canada: a population based retrospective cohort study using health administrative data », *BMC Primary Care*, 2025. doi : 10.1186/s12875-025-02771-8

FORGUES, Éric, Boniface BAHI, Jacques MICHAUD, Kenneth DEVEAU, Jonathan BOUDREAU et Sylvain ST-ONGE. *L'offre de services de santé en français en contexte francophone minoritaire*, [Rapport d'études], Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2011, 182 p.

FORGUES, Éric, et Rémi LANDRY. « Comparison of sampling methods for hard-to-reach francophone populations: yield and adequacy of advertisement and respondent-driven sampling », 2006.

FORTIN, Bernard, Josette GBETO, Justin NDOUTOUMOU et Maude LABERGE. « Attirer les médecins de famille en région? Oui c'est possible », *Perspectives — L'efficience au cœur du système de soins et de santé québécois*, 17 janvier 2025.

FRANK, Kristyn, Jungwee PARK, Patrick CYR, Susan WESTON et Feng HOU. *Caractéristiques et perspectives du marché du travail pour les professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada*, [Rapport], Statistique Canada, 2023, 72 p.

FRANK, Kristyn, Jungwee PARK, Patrick CYR, Susan WESTON, et Feng HOU. « Professionnels de la santé formés à l'étranger au Canada : renseignements sociodémographiques et répartition professionnelle », *Rapports économiques et sociaux*, vol. 3, no 8, Statistique Canada, 2023, 8 p.

GARNIER, Emmanuèle. « Problème d'accès à un médecin de famille / Les solutions de la FMOQ », *Le médecin du Québec*, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 20 mars 2025.

GLADU, François-Pierre. « La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec. Peux-t-on y remédier? », *Le médecin de famille canadien / Canadian Family Physician*, vol. 53, no 11, 2007, p. 1871-1873.

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Perspectives macroéconomiques et industrielles 2024-2033 – Système de projection des professions au Canada (SPPC)*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Omnipraticiens et médecins de famille*, [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Pharmaciens/pharmaciennes*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Infirmiers praticiens/infirmières praticiennes*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Physiothérapeutes*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Ergothérapeutes*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Psychologues*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Aides de maintien à domicile, aides familiaux/familiales et personnel assimilé*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Système de projection des professions au Canada (SPPC) – Sommaire industriel*. [Page web], Canada, 2025

GOUVERNEMENT DU CANADA. EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *Projections professionnelles 2024-2033 – Système de projection des professions au Canada (SPPC)*, Ottawa, 2025.

GOUVERNEMENT DU Canada. EMPLOI ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL. *Le gouvernement du Canada investit jusqu'à 14,3 millions de dollars pour aider à remédier aux pénuries de main-d'œuvre dans le secteur de la santé*, [Communiqué de presse], Toronto, 4 mars 2025.

GOUVERNEMENT DU CANADA. *Investir dans notre avenir : 2018-2023 Plan d'action pour les langues officielles*, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2018. Plan d'action, 53 p.

GRANT, John D. « Le "recyclage" des médecins pourrait aider à atténuer les pénuries de médecins de famille », *Le médecin de famille canadien / Canadian Family Physician*, vol. 70, no 10, p. 614-616. doi : 10.46747/cfp.7010614.

GU, Wulong. « Répercussions économiques de la pandémie de COVID-19 sur l'industrie canadienne des soins dentaires », *Aperçus économiques*, no 119, août 2020, Ottawa, Statistique Canada.

GUTKIN, Cal. « Pénuries de médecins de famille / Les infirmières sont-elles la solution? », *Le médecin de famille canadien / Canadian Family Physician*, vol. 54 no 3, 2008, p. 479.

HANDY, Rose Cathy, et collab. *Guide des procédures d'admission à la profession d'infirmière – infirmier au Canada*, édition 2022, RDÉE Canada, 2022, 17 p.

HANDY, Rose Cathy, et collab. *Guide des procédures d'admission à la profession de dentiste au Canada*, édition 2023, RDÉE Canada, 2023, 12 p.

ISMAIL, Sjarif Jonathan. *Climbing a Ladder: Employment Mismatch Experiences of Visible Minority, Skilled Immigrants in Canada*, [Mémoire de maîtrise], Toronto, Université métropolitaine de Toronto, 2022.

JEAN, Emmanuelle, et France C. FLEURY. *Le recrutement et la rétention des professionnels de la santé et des services sociaux en région — Synthèse des facteurs déterminants et des stratégies recomandées*, Consortium InterS4, 2020, 43 p.

JONES, David. *Recommandations stratégiques pour Santé Canada*, École Munk des affaires internationales et des politiques publiques, Université de Toronto, 2023, 10 p.

KONNIKOV, Alla. « Intersections on the road to skills' transferability: The role of international training, gender, and visible minority status in shaping immigrant engineers' career attainment in Canada, *Revue canadienne de sociologie / Canadian Review of Sociology*, vol. 60, no 3, p. 438-462. doi : 10.1111/cars.12442.

L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, [Document de recommandations], Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019.

« La communauté francophone de Winnipeg », étude produite dans le cadre du projet de recherche *Les indicateurs de vitalité des communautés de langue officielle en situation minoritaire 1 : les francophones en milieu urbain*, Ottawa, Commissariat aux langues officielles, 2007, 36 p.

LAFONTANT, Jean, Éric FORGUES, Chedly BELKHODJA, Ghislain SANGWA-LUGOMA, Tayeb MERIDJI, Linda PIETRANTONIO, André TREMBLAY et Christine KAYIRANGWA. *La reconnaissance des diplômés internationaux francophones en santé : un potentiel pour les communautés francophones en situation minoritaire au Canada*, [Rapport], Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2006, 94 p.

LEE, Seung Heyck, Michael REAUME, Celeste FUNG et Krystal KEHOE MACLEOD. « Réflexions sur la valeur du multiculturalisme canadien dans la prestation des soins de santé : impératifs systémiques pour les nouveaux Canadiens », *Le Médecin de famille canadien / Canadian Family* Physician, vol. 71, avril 2025, p. 246-248.

LEFEBVRE, Marie-Noëlle. *L'insertion professionnelle des personnes issues de l'immigration dans les centres de services scolaires québécois*, [Mémoire de maîtrise], Université du Québec à Montréal, 2023.

LEGAULT-LECLAIR, Jacob. « La migration interprovinciale chez les immigrants musulmans : La francophonie comme vecteur d'intégration? », *Revue canadienne de sociologie*, vol 60, no 1, 2023. doi : 10.1111/cars.12443

LEGAULT-LECLAIR, Jacob, et E.-Martin MEUNIER. « Vers un nouveau régime de migration francophone internationale et interprovinciale du Québec vers l'Ontario (1991-2016) », *Recherches sociographiques*, vol. 61, no 2-3, p. 385-412.

LEMIRE, Francine. « Solutions à la pénurie de médecins de famille », *Le Médecin de famille canadien / Canadian Family Physician*, vol. 68, mai 2022, p. 391. doi : 10.46747/cfp.680539.

LEMYRE, Étienne. *L'usage des langues officielles à la maison selon le parcours scolaire des diplômés au Canada*, [Rapport], Statistique Canada, 2025, 18 p.

LEMYRE, Étienne. *La langue de travail des diplômés d'établissements postsecondaires de langue française, de langue anglaise ou bilingues*, [Rapport], Statistique Canada, 2022, 22 p.

LEPAGE, Jean-François, et Émilie LAVOIE. *Professionnels de la santé et minorités de langue officielle au Canada, 2001 et 2011*, Statistique Canada, 2017, 62 p.

Livre blanc : prospérité renforcée pour le développement économique des communautés francophones et acadienne en situation minoritaire, 2e édition, RDÉE Canada, 2023.

Main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada : pistes d'action futures, [Rapport], Académie canadienne des sciences de la santé, 2023, 281 p.

MADIBBO, Amal. « L'immigration transnationale africaine francophone en milieu minoritaire et son impact sur l'intégration dans la société canadienne », *Francophonies d'Amérique*, no 46-47, automne 2018-printemps 2019, p. 127-148. doi : 10.7202/1064890ar.

MARCHAND, Anne-Sophie. « La mosaïque identitaire et linguistique francophone du Manitoba : aperçu sociolinguistique », *Cahiers de sociolinguistique*, 2002/1, no 7, 2002, p. 11-27.

MORENCY, Jean-Dominique, Samuel VÉZINA, Laurent MARTEL et François PELLETIER. *Population active canadienne : que se passera-t-il après la retraite de la génération des baby-boomers?*, [Rapport], Statistique Canada, 2024, 16 p.

MUKAMURERA, Joséphine. « Les multiples dimensions de l'insertion professionnelle : portrait, expériences et significations d'enseignants », dans B. WENTZEL, A. AKKARI, P. COEN et N. CHANGAKOTI (dir.), *Entre formation et travail. L'insertion professionnelle des enseignants dans une perspective internationale*, Bienne, Éditions BEJEUNE, 2011, p. 17-38.

MURPHY, Gail Tomblin, Tara SAMPALLI, Lisa Bourque BEARSKIN, Nancy CASHEN, Greta CUMMINGS, Annette ELLIOTT ROSE et collab. *Investir dans la main-d'œuvre en soins infirmiers au Canada après la pandémie : appel à l'action*, Ottawa, Société royale du Canada, 2022, 120 p.

MUSAFIRI, Adolphe Makutano. *Retour aux études dans le processus d'intégration professionnelle : le cas des immigrants franco-subsahariens à Ottawa-Gatineau*, [Mémoire de maîtrise], Gatineau, Université du Québec en Outaouais, Département des sciences sociales, 2025, 236 p.

NIYUBAHWE, Aline, Geneviève SIROIS, et Joséphine MUKAMURERA. « Pénurie d'enseignants au Québec : Comment faciliter l'insertion professionnelle et la rétention des enseignants formés à l'étranger? », *Apprendre et enseigner aujourd'hui*, vol. 12, no 1, automne 2022, p. 39-42. doi : 10.7202/1097624ar

OUELLET-LÉVEILLÉ, Bertrand, et Gabriel ST-AMANT. *Les langues officielles et les travailleurs de la santé au Canada : un portrait*, Ottawa, Statistique Canada, 2025.

OUIMETTE-BROCHU, Mathieu. *Analyse des facteurs clés de rétention des nouveaux arrivants, en région, au Québec*, [Essai de deuxième cycle], Saint-Jérôme, Université du Québec en Outaouais, Département des sciences administrtives, 87 p.

PEACHEY, David K. *Modélisation et prévision de la main-d'œuvre en santé au Canada : Rapport d'analyse de la situation actuelle*, Health Workforce Canada / Effectif de la santé Canada, 2024, 34 p.

PICOT, Garnett, et Feng HOU. « Citoyenneté et résultats économiques des immigrants au Canada », *Rapports économiques et sociaux*, vol. 5, no 6, juin 2025, Statistique Canada, 19 p.

PIMLOTT, Nicholas. « Assurer l'évolutivité de la médecine familiale », *Le Médecin de famille canadien / Canadian Family Physician*, vol. 70, mars 2024, p. 151.

QIU, Hanqing, Feng HOU, Haozhen ZHANG, et Jianwei ZHONG. « Infirmières immigrantes au Canada : concordance entre les intentions et les résultats en matière d'emploi », *Rapports économiques et sociaux*, vol. 5, nº 9, septembre 2025, Ottawa, Statistique Canada. Numéro au catalogue : 36-28-0001.

REAUME, Michael, Ricardo BATISTA, Denis PRUDHOMME et Peter TANUSEPUTRO. « Qualité et sécurité des services de santé offerts en situation linguistique minoritaire en Ontario : investigations des données administratives de santé », *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, no 22, 2024. doi : 10.7202/1110631ar.

REYNAUDI, Mathilde. *La mobilité internationale des professionnels de santé : quels enjeux pour le système de soins français? La Note d'analyse no 308*, Paris, Centre d'analyse stratégique, 2012, 12 p.

ROCQUE, Jules. « L'insertion socioprofessionnelle en milieu scolaire franco-manitobain des personnes immigrantes formées à l'étranger », *Formation et profession*, vol. 31, no 3, 2023, p. 1-15. doi : 10.18162/fp.2023.819.

SANER, Raymond, et Nicolas VELEBIT. « Vieillissement de la population et manque de travailleurs spécialisés : une nouvelle carte migratoire? », *La vie économique*, 5-2009, p. 57-60.

SANTÉ CANADA. *Les soins offerts aux Canadiens : l'avenir de l'effectif en santé au Canada – Étude sur l'éducation, la formation et la répartition de l'effectif en santé au Canada*, Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, 2025.

SAUVÉ-SCHENK, Katrine, Jacinthe SAVARD, Jean-Christophe MILJOURS et Louise BOUCHARD. « L'expérience des francophones des soins et des services en contexte linguistique minoritaire : bilan et perspectives », *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, no 22, 2024. doi : 10.7202/1110633ar.

STATISTIQUE CANADA. *Accès aux services dans la langue officielle minoritaire au Canada, 2022*, [Infographie], Ottawa, Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024, 1 p. Numéro au catalogue : 11-627-M2024059-FR. Rapport, Canada.

STATISTIQUE CANADA. *La diversité linguistique au Canada, 2021*, [Infographie], Ottawa, Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2025. Numéro au catalogue : 11-627-M2025007-FR.

STATISTIQUE CANADA. *Le français chez les travailleurs et travailleuses de la santé au Canada hors Québec, 2021*, [Infographie], Ottawa, Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2025. Numéro au catalogue : 11-627-M2025006-FR. Rapport, Canada.

STATISTIQUE CANADA. *Les professionnels et professionnelles de la santé buccodentaire*, [Infographie], Ottawa, Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2025. Numéro au catalogue : 11-627-M2025015.

TRAISNEL, Christophe, Guillaume DESCHÊNES-THÉRIAULT, Dominique PÉPIN-FILION et Josée GUIGNARD NOËL. *Attirer, accueillir et retenir : la promotion, le recrutement et la rétention des nouveaux arrivants francophones en Atlantique*, [Rapport], Moncton, Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques, 2020, 189 p.

TROTTIER, Claude. « Questionnement sur l'insertion professionnelle des jeunes », *Lien social et Politiques*, no 43, printemps 2000, p. 93-101. doi : 10.7202/005242ar.

VALARCHÉ, Jean. « La mobilité de la main-d'œuvre rurale dans une société libre », *Économie rurale*, vol. 4, no 3, 1952, p. 102-110. doi : 10.3406/ecoru.1952.1290.

VAN WINKLE, Louise. « L'insertion professionnelle dans le cadre de la politique d'immigration du Canada », *Annales des Mines — Réalités industrielles*, mai 2021, p. 96-98. doi : 10.3917/rindu1.212.0096.

VIOLETTE, Isabelle. « L'immigration francophone en Acadie : langue, nation et minorité », *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, no 4, 2014, p. 126-153. doi : 10.7202/1024695ar.

YU, Yan, et Shirley SCHIPPER. « La mobilité des médecins au Canada », *Le médecin de famille canadien / Canadian Family Physician*, vol. 66, no 5, mai 2020, p. 378.

ZHAO, Yue, Norman SEGALOWITZ, Anastasiya VOLOSHYN, Estelle CHAMOUX et Andrew G. RYDER. « Language Barriers to Healthcare for Linguistic Minorities: The Case of Second Language-specific Health Communication Anxiety », *Health Communication*, vol. 36, no 3, 2021, p. 334-346. doi : 10.1080/10410236.2019.1692488.

Sources de données (tableaux et fichiers statistiques)

RDEE Canada. *CNP pour les résidents permanents d'expression française hors Québec selon les pays de citoyenneté (2019-2024)*, [jeu de données], 2025.

RDEE Canada. *CNP pour les résidents permanents d'expression française hors Québec selon les programmes utilisés (2019-2024)* , [jeu de données], 2025.

RDEE Canada. *CNP pour les résidents permanents d'expression française hors Québec selon les provinces et territoires de destination envisagée (2019-2024)*, [jeu de données], 2025.

RDEE Canada. *2CNP pour les résidents permanents d'expression française hors Québec selon les régions métropolitaines de recensement de destination envisagée (2019-2024)*, [jeu de données], 2025.

RDEE Canada. Recherche – *Attirer et favoriser une plus grande insertion professionnelle des immigrants francophones en contexte minoritaire au Canada dans les professions de la santé*, [Fichier Excel, tableau de presse], 2025.

Fiches d'état des lieux – RDEE Canada

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles* – Alberta, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Colombie-Britannique*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Île-du-Prince-Édouard*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Manitoba,* [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Nouveau-Brunswick*, [Fiche d'information], 2025

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Nouvelle-Écosse*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Ontario*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Saskatchewan*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Nunavut*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Territoires du Nord-Ouest*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Yukon*, [Fiche d'information], 2025.

RDEE Canada. *État des lieux sur les services de santé en français et sur les données disponibles – Fiche sommaire 2024-2025*, [Fiche d'information], 2025.

Presse grand public

HARMACH, Mohammed Amine. « Santé en français : l'Ontario se dote d'un nouveau centre de planification », ONFR – TFO, 17 novembre 2025.

LOMBARDO, Inès. « Admissions des étudiants étrangers francophones : le maintien du flou », Francopresse, 19 juin 2025.

SCHOFIELD, Aurel. « Solutions pour répondre à la pénurie de médecins francophones à l'échelle canadienne », [Texte d'opinion], Francopresse, 19 juin 2025.

ZIAD, Hamza. « Planification provinciale des services de santé en français dès septembre : les "Entités" seront remplacées par le CPSSF », L'express, 25 juin 2025.

RDÉE Canada