

Université de Montréal

Migration internationale des infirmiers haïtiens au Québec : potentiel des accords
bilatéraux

Par

Vanessa Clerveau

Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, Université de Montréal, École de
santé publique de Montréal.

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise en
Administration des services de santé, option santé mondiale

Février 2024

© Vanessa Clerveau, 2024

Université de Montréal
Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé, École de santé publique de
Montréal

Ce mémoire intitulé

**Migration internationale des infirmiers haïtiens au Québec : potentiel des accords
bilatéraux**

Présenté par

Vanessa Clerveau

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Thomas Druetz

Président-rapporteur

Jean-Louis Denis

Directeur de recherche

Mira Johri

Codirectrice

Muriel Mac-Seing

Membre du jury

Résumé

La pénurie de main-d'œuvre en santé représente une problématique de santé mondiale et sa gestion par les pays de destination pourrait entraîner de graves conséquences sur les systèmes de santé des pays d'origine. Afin d'en atténuer certaines, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a créé le Code de pratique mondiale. Nous avons exploré le potentiel des accords bilatéraux proposés par ce Code dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec. Une analyse qualitative exploratoire a été menée avec des données de la littérature grise, scientifique et du grand public, ainsi que des entrevues semi-dirigées d'experts d'Haïti et de Québec selon un échantillon raisonné, au moyen d'un guide d'entrevue. Elles ont été transcrites manuellement, enregistrées sur Teams et analysées sur Nvivo. La formation des infirmiers haïtiens nécessaire au renouvellement de la main-d'œuvre, le renforcement des capacités du système de santé haïtien, le transfert de connaissances et de compétences, et l'intégration du personnel infirmier haïtien font partie des éléments clés évoqués par les experts en vue d'explorer le potentiel des accords bilatéraux. Haïti et le Québec devraient désigner des éléments nécessaires définissant clairement les besoins respectifs de leur système de santé. Cependant, la mise en œuvre pourrait être compromise par les enjeux d'équité, de dynamique, de pouvoir et d'instabilité en Haïti. Les accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens pourraient servir de levier d'amélioration des politiques de santé publique et de la coopération internationale entre Haïti et le Québec.

Mots-clés : Gestion de Ressources humaines en santé*, *pays de l'OCDE ET santé*, *pénurie de main-d'œuvre au Québec*, *infirmières autorisées au Québec*, *système de santé ET Québec*, *migration du personnel de santé*, *code de pratique mondiale de l'OMS*

Abstract

The shortage of healthcare workers is a global health issue, and its management by destination countries could impact healthcare systems in countries of origin. The World Health Organization (WHO) has taken steps to mitigate some of these issues by implementing the Global Code of Practice. We explored the potential of the bilateral agreements proposed by this Code in the migration process of Haitian nurses to Quebec. An exploratory qualitative analysis was conducted using data from the grey, scientific and public literature, as well as semi-structured interviews with experts from Haiti and Quebec based on a purposive sample, using an interview guide. They were manually transcribed, recorded on Teams and analyzed on Nvivo. The training of Haitian nurses needed to renew the workforce, capacity building of the Haitian healthcare system, transfer of knowledge and skills, and integration of Haitian nurses were among the key elements raised by experts to explore the potential of bilateral agreements. Haiti and Quebec should identify the necessary elements that clearly define the respective needs of their healthcare systems. However, implementation could be compromised by issues of equity, dynamics, power, and instability in Haiti. Bilateral agreements in the Haitian nurse migration process could serve as a lever for improving public health policies and international cooperation between Haiti and Quebec.

Keywords: Health Human Resources Management*, *OECD countries AND health*, *workforce shortage in Quebec*, *registered nurses in Quebec*, *healthcare system AND Quebec*, *healthcare worker migration*, *WHO global code of practice*, *healthcare worker migration

Table des matières

Résumé	3
Abstract.....	4
Table des matières	5
Liste des tableaux	10
Liste des figures.....	11
Liste des sigles et abréviations.....	12
Remerciements	14
Chapitre 1 – Introduction	15
1.1. Mise en contexte.....	16
1.2. Problématique.....	17
1.3. Objectif de recherche	19
1.4. Question de recherche	19
1.4.1. Sous-questions de recherche.....	19
Chapitre 2 – Revue de littérature.....	20
2.1. Que sait-on de la pénurie aiguë de la main-d’œuvre en santé.....	21
2.1.1. Pénurie de main-d’œuvre dans quelques pays de l’OCDE.....	21
2.1.2. Pénurie de main-d’œuvre au Québec	22
2.2. Comprendre le contexte haïtien et son système de santé	23
2.3. Aperçu du processus de migration du personnel de santé dans les différents systèmes de santé	24
2.4. Suggestion pour l’accroissement de la main-d’œuvre	25

2.5. Les accords bilatéraux dans la régulation du processus de migration des travailleurs étrangers	26
2.6. Cadre conceptuel	28
2.6.1. Choix de la combinaison de la théorie et de l’outil	28
2.6.2. Explication du cadre conceptuel	29
Chapitre 3 – Méthodologie	31
3.1. Stratégie et devis de recherche	31
3.4.2. Analyse logique	33
3.2. Contexte et population d’étude	33
3.2.1. Échantillonnage.....	34
3.2.2. Critères d’inclusion.....	34
3.2.3. Critères d’exclusion	34
3.3. Collecte des données	34
3.3.1. Outils de collecte des données	35
3.3.2. Procédure de recrutement	35
3.3.3. Déroulement des entrevues	35
3.3.4. Transcription des entrevues	36
3.4. Analyse des résultats	36
3.4.1. Analyse thématique des données et stratégie d’analyse	36
3.5. Triangulation des données	39
3.6. Critères de scientificité.....	39
3.6.1. Crédibilité	40
3.6.2. Transférabilité.....	40
3.6.3. Imputabilité procédurale.....	40

3.6.4. Conformabilité	41
3.7. Considérations éthiques.....	41
Chapitre 4 – Résultats.....	42
4.1. Les impacts de la migration des infirmiers étrangers sur les systèmes de santé des pays d'origine	42
Impact mondial.....	42
Inquiétudes au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Maroc et au Ghana.....	43
Inégalités	43
Recrutement massif.....	44
4.2. Le Code de pratique mondiale de l'OMS : l'intervention	44
4.2.1. Utilités du Code.....	44
4.2.2. Importance de la mise en œuvre du Code	46
4.2.3. Les accords bilatéraux : éléments d'opérationnalisation du Code.....	46
4.2.4. Recommandations de l'OMS	47
4.2.5. Élaboration et mise en œuvre des accords bilatéraux.....	48
4.2.6. Potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des travailleurs de la santé étrangers	49
4.2.7. Défis liés à la signature et à la mise en œuvre des accords bilatéraux.....	51
4.2.8. Liens entre le modèle Push-Pull, le Code de pratique mondiale et les accords bilatéraux	52
4.3. Résultats des entrevues.....	53
4.2.1. Description des participants de l'étude	53
4.3.3. Présentation des résultats.....	54
4.3.4. Pénurie de main-d'œuvre en santé, compréhension et solutions proposées	54
4.3.4.1. Compréhension.....	54

4.3.4.2. Soutions envisagées	54
4.2.4. La théorie Push-Pull dans le cadre de la migration des infirmiers haïtiens au Québec	56
4.2.4.1. Facteurs Push : incitation à partir	56
4.2.4.2. Facteurs Pull : attraction.....	58
4.2.5. Le modèle d'intervention : le Code de pratique mondiale de l'OMS	59
Enjeux liés à la mise en œuvre du Code.....	59
4.2.6. Les accords bilatéraux	60
4.2.6.1. Type de couverture	60
4.2.6.2. Type de contenu	61
4.2.6.3. Type d'entente.....	62
4.2.6.4. Potentiel des accords bilatéraux.....	64
4.2.6.5. Enjeux liés à l'élaboration et à la mise en œuvre des accords bilatéraux	64
4.2.7. Suggestions/Recommandations	66
Délimitation géographique	66
Intersectionnalité.....	66
Documentation des données sociodémographiques du personnel infirmier haïtien au Québec	67
Plaidoyer et solidarité	67
Chapitre 5 – Discussion.....	69
5.1. Opinions autour de la pénurie de main-d'œuvre en santé	69
5.2. Solutions proposées et enjeux liés	70
5.3. Les facteurs Push-Pull	71
5.4. Le Code de pratique mondial de l'OMS	71

5.5. Comment peut-on explorer le potentiel de ces accords ?	72
5.5.1. Pour leur mise en œuvre	72
5.5.2. Pour leur élaboration	73
Limites de l'étude	74
Chapitre 6 – Conclusion	75
Références bibliographiques	77
8. Annexes	86
Annexe 1 : Grille de codage.....	86
Annexe 2 : Tableau récapitulatif des études et articles utilisés dans la recension des écrits ...	88
Annexe 2 : Certificat éthique.....	103
Annexe 3 : Guide d'entrevue	105
Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement.....	107
Annexe 5 : Liste de contrôle COREQ.....	113
Annexe 6 : Article 10 du Code de pratique mondiale de l'OMS	115

Liste des tableaux

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants de l'étude _____	53
Tableau 2 : Grille de codage _____	86
Tableau 3 : Liste des études utilisées dans la recension des écrits _____	88
Tableau 4 : Tableau récapitulatif des articles journalistiques utilisés _____	95
Tableau 5 : Tableau récapitulatif des données de la littérature grise et scientifique _____	97

Liste des figures

Figure 1 : Cadre conceptuel de l'exploration des accords bilatéraux dans le processus de migration du personnel de santé, inspiré du Code de pratique mondiale de l'OMS et de la théorie Push-pull de Everett Lee _____28

Liste des sigles et abréviations

ANIIDES : Association Nationale des Infirmiers et Infirmières du Sénégal

CII : Conseil International des Infirmiers

ESPUM: École de Santé Publique de l'Université de Montréal

HEE : Health Education England

NHS : National Health Service

ODD : Objectif de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

ICIS : Institut Canadien d'Information sur la Santé

OIIQ : Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec

OIT : Organisation Internationale du Travail

OIM : Organisation Internationale de la Migration

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population

Je dédie mon travail à tous.tes celles et ceux qui m'ont soutenue et aidée durant mon parcours universitaire au Canada.

Je témoigne spécialement ma gratitude envers Dieu, mon mari, les familles Clerveau, Louis, Flereme, Guerrier, Séide, Pascal, Milien, Bien-Aimé, Moise, Saint-Juste, le Rotary Delmas centre et l'ambassade d'Haïti au Canada.

Remerciements

Merci à mon directeur et à ma co-directrice de recherche pour leur accompagnement et leur soutien infaillible durant la rédaction de ce projet de recherche. Vos conseils et suggestions m'ont permis d'avancer et de contribuer à la science efficacement.

Merci aux participants qui ont accepté de partager leurs expériences en gestion des ressources humaines en santé dans le domaine de la coopération internationale et leur avis sur cette problématique de santé mondiale. Vos perspectives, suggestions et propositions ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Merci aux familles Clerveau, Louis, Flereme et Guerrier qui m'ont soutenue tout au long de ce parcours.

Chapitre 1 – Introduction

Le personnel médical et paramédical revêt une importance cruciale dans le bon fonctionnement du système de santé, contribuant ainsi à la réalisation de la couverture universelle de santé (1, 2). En assumant un rôle essentiel et actif, ce personnel participe au développement d'un pays et à l'amélioration de la qualité de vie de la population. En fonction des prévisions de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), d'ici 2030, un déficit de 18 millions d'agents de santé pourrait se manifester à l'échelle mondiale, compromettant potentiellement la qualité des soins de santé (1, 3). Ainsi, la pénurie aiguë reste une problématique mondiale majeure, actuellement reconnue comme l'une des crises de santé mondiale les plus urgentes, dont les origines restent multiples et complexes (4, 5).

Dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), elle se traduirait généralement par un écart entre l'offre et la demande, et serait le résultat de divers facteurs (5). Parmi eux, nous pouvons citer d'abord les problèmes de rétention du personnel et le manque d'intérêt pour les études en santé qui seraient la résultante des conditions d'emploi et de travail jugées inadéquates (1, 5). Ensuite, nous pouvons nommer la transition démographique, qui se traduit par le vieillissement de la population (1, 5). Il y aurait donc une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus, passant de 901 millions en 2015 à 1,4 milliard en 2030, et qui pourrait doubler en 2050 (6). En raison des comorbidités associées aux maladies chroniques plus fréquentes, ce groupe constitue les plus grands utilisateurs des services de santé et la demande de services ne ferait donc qu'augmenter en raison de l'intensité des soins (6).

Le Canada se trouve parmi les pays de l'OCDE confrontés à cette pénurie de main-d'œuvre en santé et le Québec est l'une des provinces les plus touchées avec une situation critique nécessitant des actions urgentes pour la compenser (7). La pandémie, s'ajoutant à l'augmentation des besoins en services de santé et aux retards accumulés pendant cette durée, a exacerbé cette pénurie (8). L'une des solutions envisagées pour augmenter la main-d'œuvre serait la migration du personnel de santé étranger, considérée par l'OMS comme un élément inévitable de la

mondialisation (9, 10). Nous nous concentrons sur la main-d'œuvre infirmière, une profession pour laquelle les recrutements semblent plus pressants. Ainsi, un programme de recrutement a été lancé en Haïti en 2022 (11). Dans cette étude, le terme migration des infirmiers haïtiens regroupe le recrutement international et l'immigration à travers le processus de travailleurs qualifiés.

1.1. Mise en contexte

Everett Lee a développé une théorie sur la migration visant à comprendre la pénurie de main-d'œuvre en santé comme un phénomène mondial et le recrutement international du personnel de santé comme l'une des solutions envisagées et appliquées dans certains pays (12, 13). Cette théorie, appelée push-pull, utilise deux logiques distinctes regroupant les facteurs d'incitation et d'attraction existant dans les pays de destination et les pays d'origine. En prenant les infirmiers haïtiens qui partent au Québec comme population cible, la théorie push-pull pourrait être expliquée ainsi. L'aspect Push se caractérise par une répulsion : ils se mettent à la recherche de meilleures conditions de vie et de travail que celles que leur offre Haïti, ainsi que d'un développement professionnel et économique. Malgré une pénurie d'infirmiers en Haïti, il existe paradoxalement un excédent d'infirmiers qualifiés sans emploi (14, 15). L'incapacité du ministère de la Santé du gouvernement haïtien à les embaucher et rémunérer suffisamment les pousse à envisager la migration (12). Grâce à sa politique de recrutement, le Québec offre aux infirmiers qualifiés et expérimentés de nouvelles opportunités ainsi que la possibilité d'acquérir une meilleure situation financière et professionnelle, qu'on peut caractériser de facteurs d'attraction dits « Pull » (12). Ainsi, la migration des infirmiers haïtiens serait la résultante de l'interaction entre les facteurs de répulsion dits « Push », rencontrés en Haïti et les facteurs d'attraction dits « Pull », proposés au Québec.

Dans cette situation d'ailleurs mondiale, l'OMS encourage les pays d'origine et de destination à développer une coopération internationale et à établir des ententes qui leur apparaîtraient bénéfiques, et entre autres à développer des accords bilatéraux (16). Notre recherche se porte sur le potentiel de tels accords.

Cette étude se concentre sur l'évaluation du potentiel de ces accords en vue de maximiser les bénéfices tant pour le pays d'origine (Haïti) que pour la région de destination (Québec), en se basant sur l'outil essentiel et adapté à cette situation : le Code de pratique mondiale de l'OMS.

1.2. Problématique

Le Québec, comme beaucoup d'autres régions du monde, connaît une pénurie de main-d'œuvre en santé sans précédent, aggravée par la pandémie de COVID-19, mettant ainsi à nu le système de santé jusqu'à en constituer un enjeu (8). Selon l'institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2020, le Québec comptait seulement 57,29% de ses infirmiers autorisés qui travaillaient à temps plein (17). Avec un pourcentage de 15,4%, soit 9 998 postes à combler au second trimestre 2023, la profession infirmière occupe le deuxième rang des professions détenant le plus de postes vacants au Québec (18). Ces données pourraient fournir une explication du besoin en main-d'œuvre infirmière dans la province.

Ainsi, il existe plusieurs options pour essayer d'endiguer cette pénurie, telles que la migration internationale du personnel de santé dont un exemple concret serait le programme de recrutement des infirmiers en Haïti (11). Selon l'OMS, ces solutions font partie des plus complexes, car elles pourraient aggraver la pénurie de main-d'œuvre en santé dans les pays à ressources limitées comme Haïti. (19). Il est crucial de réfléchir à la manière dont les accords bilatéraux pourraient réduire les effets du départ de ces professionnels, en particulier les infirmiers haïtiens, compte tenu de l'importance de la pénurie au Québec et de la nécessité d'occuper les postes par des travailleurs migrants; recrutés ou qualifiés. De ce fait, les accords bilatéraux resteraient incontournables selon l'OMS, dans l'objectif d'encourager les pays concernés à assurer une certaine responsabilité dans le processus de recrutement à l'international et d'améliorer la compréhension et la gestion éthique (20). Ceci pourrait aider à établir un gain mutuel, pour les pays d'origine et de destination, en regard de leurs différents besoins (21).

Ces accords bilatéraux pourraient comporter plusieurs éléments selon ce que propose le Code de pratique mondiale de l'OMS, parmi lesquels : 1) le type d'entente qui peut être bilatéral,

multilatéral ou régional. 2) La couverture qui peut être nationale ou infranationale. 3) Le contenu principal qui peut être l'éducation, la formation, le renforcement des capacités institutionnelles, la promotion de la migration circulaire, les stratégies de fidélisation. 4) Le type de personnel de santé en faisant partie, à savoir le personnel infirmier ou tout autre professionnel de la santé. 5) La durée de validité; les pays concernés, les signataires de l'entente et le rapport explicite avec les principes et les pratiques avec le Code de l'OMS (16). Les stratégies visant à responsabiliser les parties prenantes et à les impliquer dans la gestion éthique de la pénurie de main-d'œuvre en santé pourraient être guidées par ces éléments qu'on retrouve dans le code de pratique mondiale de l'OMS. Cependant, il existe un enjeu majeur dans l'élaboration et la mise en œuvre de tels accords (16).

Trois axes principaux sont généralement au centre des accords bilatéraux : les pays d'origine, les pays de destination et les travailleurs de la santé (22). Notre étude examinera les implications directes des pays d'origine et de destination, ainsi que les principaux axes qui pourraient contribuer à équilibrer les conséquences de la pénurie sur le système de santé des pays d'origine comme Haïti. Il est évident que les gouvernements devraient prendre des mesures en vue de réguler la transition internationale des migrants volontaires entre la fuite des cerveaux dans les pays d'origine et le gaspillage des cerveaux au Canada (23). Bien que nous demeurions conscients de l'importance de l'intégration des travailleurs de santé étrangers, notamment les infirmiers, dans le système québécois, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) aurait une réglementation et une supervision pour l'amélioration de cet axe au Québec (24, 25). On souhaiterait qu'il soit étudié et approfondi avec l'expérience des infirmiers haïtiens migrants au Québec au regard des procédures administratives. Parmi elles figureraient l'emploi, la reconnaissance de leurs acquis, les avantages sociaux pour le personnel et leur famille, le droit aux postes au même titre que les natifs et le respect de leur droit dans les pays de destination comme le souligne l'OMS dans son code. Entre 2016 et 2022, l'intégration des infirmiers diplômés hors Canada a augmenté considérablement, passant de 67,4% à 83,1% (26). Ce qui fait qu'on va se concentrer sur les éléments de réponse des deux autres axes liés à notre objectif principal. Cette étude est réalisée dans le cadre du mémoire de fin d'études en administration des services

de santé, option santé mondiale, et permettra d'explorer le potentiel de ces accords sur la migration des infirmiers haïtiens au Québec.

1.3. Objectif de recherche

L'objectif de recherche est d'explorer le potentiel des accords bilatéraux pour maximiser les bénéfices pour le pays d'origine (Haïti), la région de destination (Québec) dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec.

1.4. Question de recherche

Comment le recours à des accords bilatéraux pourrait-il maximiser les bénéfices pour Haïti et le Québec dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec ?

1.4.1. Sous-questions de recherche

Quels sont les accords existants dans le processus de migration des travailleurs de santé entre les pays d'origine et de destination ?

Quel est le potentiel de ces accords bilatéraux pour maximiser les bénéfices pour les diverses parties prenantes (Haïti et le Québec) ?

Quels sont les défis et enjeux existants au regard de l'élaboration et de la mise en œuvre des accords bilatéraux pour Haïti et le Québec ?

Chapitre 2 – Revue de littérature

La revue de littérature a été effectuée afin de mieux comprendre non seulement la pénurie de main-d'œuvre en santé dans le monde et dans le système de santé québécois, mais aussi la migration et les problèmes associés. De plus, elle vise à identifier les politiques de gestion des ressources humaines nécessaires au recrutement et à la rétention de la main-d'œuvre.

Nous avons donc utilisé les moteurs et outils de recherche Google Scholar et Sofia, des bases de données et sites web tels; PUBMED/MEDLINE, ResearchGate, Cairn, Global Health, Cochrane, who.int, www.icis.ca, www.iom.int, www.msss.gouv.qc.ca , www.recrutementsantequebec.ca. Afin de repérer et de récupérer les données nécessaires, les thèmes, combinaisons et mots-clés suivants ont été utilisés pour la recherche : *Gestion de Ressources humaines en santé*, *pays de l'OCDE ET santé*, *pénurie de main-d'œuvre au Québec*, *infirmières autorisées au Québec*, *système de santé ET Québec*, *qualité de l'emploi ET Québec*, *migration du personnel de santé*, *code de pratique mondiale de l'OMS*. Toutes les études ont été répertoriées dans le logiciel End Note afin d'évaluer les données et d'écrire les références bibliographiques. Une évaluation initiale a été effectuée en lisant les parties; résumés, introductions et conclusions, afin de déterminer la qualité et la pertinence des informations. Des études ont été conservées dans leur cohérence avec les objectifs de recherche, puis revues, synthétisées et citées dans la revue de la littérature. Plusieurs types d'études, dont des études qualitatives, des examens de portée et des revues systématiques en rapport avec le sujet, ont été citées .

Dans un premier temps, les définitions suivantes ont été retenues.

Main-d'œuvre

La main-d'œuvre en santé est caractérisée par le personnel constituant le système de santé et des services sociaux (27). Dans cette étude, nous nous focalisons sur la main-d'œuvre infirmière.

Pénurie de main-d'œuvre

Plusieurs définitions peuvent être appliquées pour la pénurie. Elle se définit par un écart important entre l'offre et la demande (14). Selon Damien Witkowski dans la revue de gestion de HEC Montréal, la pénurie est caractérisée par le manque de ressources humaines nécessaires pour mettre en œuvre une stratégie qui est le plus souvent une mission (28).

2.1. Que sait-on de la pénurie aiguë de la main-d'œuvre en santé

2.1.1. Pénurie de main-d'œuvre dans quelques pays de l'OCDE

La pénurie de main-d'œuvre en santé est un phénomène mondial qui pourrait s'aggraver en créant des urgences dans divers systèmes de santé (29, 30). De plus, l'Organisation mondiale de la Santé a prévu une réduction significative de la main-d'œuvre en santé dans les pays développés d'ici 2030, avec des effets négatifs sur des régions telles que l'Afrique et d'autres pays à faible revenu (30). Selon l'OMS, 43% des pays de la région d'Amérique comme Haïti, la Jamaïque et la République Dominicaine comptent moins de 30 infirmières pour 10 000 habitants en 2023 (31).

Le système de santé et les politiques de santé d'un pays déterminent les pénuries (6). Selon le National Health Service de l'Angleterre, elle serait causée par un grand nombre de postes vacants difficiles à pourvoir alors que les demandes en soins de santé ne cesseraient d'augmenter (32). En raison de la transition démographique, qui se traduit par un faible taux de natalité, un vieillissement des populations et une augmentation des maladies chroniques, les soins de longue durée restent le secteur le plus atteint par la pénurie (33). Les conditions de travail du personnel de santé des soins de longue durée ne favoriseraient pas leur rétention, et la pénurie dans ce secteur ne fait qu'augmenter (33). De plus, Dre Marie-Paule Kieny, chargée des systèmes de santé et de l'innovation à l'OMS, a exprimé ses préoccupations quant au manque de formation de nouveaux professionnels de la santé ces dernières années, qui seraient insuffisants pour faire face à la crise sanitaire (2).

Ainsi, les gestionnaires du système de santé devraient faire une projection de planification du personnel infirmier sur leur territoire afin de développer le système de santé et d'anticiper les problèmes liés aux ressources humaines (34). Cependant, seulement cinq des 31 pays de l'OCDE,

dont le Canada, auraient réussi à modéliser leur demande ainsi que leur offre pour le personnel infirmier jusqu'en 2025 (34).

2.1.2. Pénurie de main-d'œuvre au Québec

Plusieurs éléments peuvent déterminer la notion de pénurie (35). D'abord, il y a les normes professionnelles des services de santé concernant le ratio patient-infirmier : elles sont établies en Californie et en Australie en fonction du nombre d'heures de soins infirmiers par jour, tandis qu'au Québec, aucune réglementation officielle n'aurait été mise en place(36, 37). Ensuite, les prévisions des effectifs du personnel infirmier sont faites soit par le système de prévisions de professions au Canada, soit par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers (33). Finalement, la pénurie peut être déterminée sous un angle économique, avec l'incapacité des responsables de soins à occuper les postes couverts par le budget (35).

Selon le rapport du groupe national de travail sur les effectifs publié en mai 2022, le taux de départ des infirmiers au Québec pour le réseau de la santé est de 5,45% en 2020 (38). Chez les 55 ans et plus, ce taux est de 20% et a maintenu sa stabilité au cours des cinq dernières années (38). Le taux de croissance de l'effectif infirmier travaillant au Québec a diminué entre 2019 et 2022, passant de 2,2% à 1,5%. (26). La pandémie de COVID-19 aurait exacerbé le taux de départ, révélé des failles dans le système et mis en lumière l'urgence de la pénurie de main-d'œuvre en santé (39). Le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés à travailler et détenant une formation initiale au Québec n'a augmenté que de 6% au cours des dix dernières années (26). Cependant, au cours des dix dernières années, le nombre d'infirmiers autorisés à travailler au Québec avec une formation initiale hors Québec, c'est-à-dire la main-d'œuvre immigrante, a presque doublé, passant de 4% à 8,6% (26). Dans les cinq prochaines années, le réseau de la santé devrait recruter 28 209 infirmiers, soit 19,8% par an, et 6% d'entre eux devraient être redirigés vers les soins de longue durée (38, 40).

Au cours des deux dernières décennies, le secteur de la santé québécois a connu de nombreuses difficultés en raison de la pénurie de main-d'œuvre en santé, et les gestionnaires des soins de santé auraient mis en place diverses stratégies pour y remédier (41, 42). Leurs actions visant à

maintenir la disponibilité des soins de santé ne seraient pas restées sans conséquence comme l'ont décrit Dubois et Dussault (43). Il y a une augmentation du taux d'épuisement chez les travailleurs de santé québécois, ce qui serait l'une des causes du problème de rétention dans ce secteur (43). Ainsi, de meilleures conditions d'emploi et de travail viseraient à garantir la rétention, par le biais de la santé et la sécurité au travail, l'organisation du travail, la participation des travailleurs (44). Elles pourraient également contribuer au bien-être et à la satisfaction des employés au travail (44).

La pénurie de main-d'œuvre en santé au Québec touche tous les secteurs, y compris la technologie médicale, la physiothérapie, la médecine, les soins infirmiers, etc. (45). L'allocation d'une partie du personnel à l'échelle des régions du Québec ne serait pas garantie compte tenu du désintéressement pour les études en santé (38). Le recrutement actif se concentrerait sur la main-d'œuvre infirmière au cours des cinq prochaines années (40). Ainsi, on pourrait sous-entendre que le milieu de la santé au Québec serait ouvert aux immigrants, dont les infirmiers haïtiens, en vue de remédier à la pénurie (46).

2.2. Comprendre le contexte haïtien et son système de santé

Haïti est un pays à revenu faible se trouvant dans les Caraïbes. En 2020, il comptait une population de 11 403 000 personnes, majoritairement jeune, avec un âge moyen de 23 ans (47). Haïti occupe la deuxième place des pays où il y a le plus d'émigrants par 100 000 habitants après le Nigeria, et le gouvernement assure seulement 5% des dépenses en santé (47). Selon les statistiques mondiales de l'OMS, en 2021, il y avait en Haïti 2,34 médecins et 3,98 infirmières et sages-femmes pour 1000 habitants (48). En raison de la capacité limitée du gouvernement à embaucher le personnel adéquat pour la couverture universelle de santé, le pays connaît également une pénurie aiguë de main-d'œuvre en santé. Cependant, il y aurait paradoxalement des professionnels de la santé qualifiés disponibles, mais qui ne travaillent pas, ce qui pourrait être considéré comme un excédent (49). De plus, l'accès aux soins est limité, car la majorité des professionnels de la santé sont situés dans les zones urbaines et la couverture universelle sanitaire était de 35,8% en 2019. (47).

Le contexte précaire et sociopolitique qui sévit en Haïti incite les professionnels de santé, y compris les infirmiers, à quitter le pays pour des destinations qui leur offrent de meilleures conditions de vie et économique. La situation s'aggrave continuellement et la migration reste l'un des recours de survie.

2.3. Aperçu du processus de migration du personnel de santé dans les différents systèmes de santé

Alors que la cible 8 de l'objectif 3 de développement durable vise la couverture universelle de santé pour tous, certains pays essaient de l'atteindre avec différentes solutions, dont la migration de travailleurs étrangers (50). La migration des ressources humaines en santé a plusieurs effets et affecte diverses ressources sociales, telles que la famille, les migrants, les institutions et même l'état des pays (51).

Les raisons expliquant la migration des travailleurs de santé étrangers seraient communes à tous les pays à revenu faible comme Haïti (37). Le premier motif de départ demeure les facteurs économiques, car les pays développés peuvent offrir mieux sur le plan financier et en matière de stabilité (37). D'autres raisons de mobilité concerneraient des facteurs professionnels, sociaux et politiques (37). Les systèmes de santé déjà défailants dans les pays à revenu faible n'arriveraient pas à concurrencer ceux des pays développés pour retenir les employés. Ainsi, la proportion du personnel infirmier formé à l'étranger de plusieurs pays de l'OCDE s'avère non négligeable (52). En 2019, le taux pour le Canada représentait 8,42%; pour l'Australie, il était de 18,14% et pour la Belgique, de 4,11%. En 2020, le taux pour l'Allemagne et la France représentait respectivement 8,86% et 2,856% du personnel infirmier (53, 54). Au Canada, 25% des personnes immigrantes en provenance d'Haïti exerçaient une profession d'infirmière ou d'aide aux soins de santé en 2016 (55). Globalement, selon l'OMS, 5% des infirmiers vivent en dehors de leur pays d'origine (53, 56). Les avantages de la migration comprennent un environnement de travail favorable pour le personnel et des conditions qui améliorent sa vie et celle de sa famille, mais elle a également des inconvénients liés à l'intégration professionnelle (32).

Il n'existerait pas de formule préétablie pour la politique de migration des travailleurs étrangers dans le domaine de la santé dans les pays de l'OCDE (12). Les États-Unis et certains pays européens leur accordent un visa d'immigrants de type H1-B et un visa de travailleur (2, 51). En général, ils ne recrutent à l'étranger que si aucun candidat n'est trouvé pour le poste sur leur territoire, un critère qui ne serait pas toujours respecté pour le personnel de santé. L'OMS, la Global Health Workforce Alliance (GHWA), la Health Worker Migration Policy Initiative (HWMPI) et la Global Health Workforce Alliance (GHWA) s'efforcent de mettre en place des politiques visant à réguler la migration des travailleurs de santé (54). Elles restent capitales, car non seulement les pays concernés pourraient mieux définir des interventions en fonction de leur besoin, mais ils pourraient contribuer à préserver l'aspect transnational afin de garantir une intégration professionnelle adéquate des migrants (9). La mise en œuvre pourrait donc s'exécuter avec l'établissement des accords bilatéraux suggérés par l'OMS (16).

La compétition serait de loin intenable entre les pays de destination et les pays d'origine, et la main-d'œuvre migrée demeure substantielle dans la gestion de la pénurie de main-d'œuvre en santé. L'équilibre ne pourrait exister dans une situation pareille en raison des enjeux majeurs d'équité, mais elle pourrait être réglementée, d'où l'importance de l'élaboration et la mise en œuvre des accords bilatéraux suggérés dans le Code de pratique mondiale de l'OMS (42, 43).

2.4. Suggestion pour l'accroissement de la main-d'œuvre

La politique des ressources humaines en santé devrait gérer plusieurs urgences, dont la pénurie et la répartition du personnel de santé selon leur compétence (57). L'OMS suggère que les politiques de santé soient basées sur des informations intersectorielles et participatives afin de renforcer la gouvernance en santé et d'évaluer la performance du système de santé sur des bases de partenariats élargis (1). Elle suggère un accroissement de l'effectif du personnel infirmier à 5,9 millions d'infirmiers supplémentaires, tant par la formation que le recrutement (51). Pour atteindre ces objectifs, les politiques de gestion des ressources humaines devraient viser l'attraction du personnel de santé, son engagement et sa rétention (30). Dans le but de mieux gérer la main-d'œuvre migrante et de mieux l'intégrer, certains pays mettent en place un contrôle

professionnel par les gestionnaires et les organismes de réglementation professionnelle qui produirait des effets bénéfiques comme la poursuite d'une carrière de choix (32). Au Québec, le conseil d'administration de chaque établissement est chargé non seulement d'organiser et de planifier, mais également de mettre en œuvre les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour garantir une répartition équitable des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. (58).

2.5. Les accords bilatéraux dans la régulation du processus de migration des travailleurs étrangers

Lors de la Conférence mondiale sur la réglementation du recrutement international à Montréal en 2019, l'Organisation internationale du travail (OIT), l'Organisation internationale pour les migrations, le gouvernement suisse, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont collaboré pour créer une feuille de route concernant le recrutement (59). De ce fait, les mécanismes bilatéraux, nationaux et régionaux font partie des différents éléments à prendre en compte dans l'établissement des accords bilatéraux entre les pays de destination et d'origine (59).

Il est crucial de mentionner que de nombreux accords fondés sur l'équité et l'égalité seraient restés dans les phases de bureaucratie (60). Le pouvoir discrétionnaire des pays de destination dans la gestion de la migration demeure à leur avantage (60). Donc, l'OMS suggère d'utiliser les éléments du code, créé et adopté lors de la 63^e Assemblée mondiale de la santé, comme document de prédilection pour réguler la migration du personnel de santé étranger (22, 60). Il est important de souligner que ce code est non contraignant, ne comporte aucune valeur juridique, n'empêche pas la mobilité ou le recrutement international, mais est fortement recommandé (16). Le Code encourage donc la pérennisation des systèmes de santé et leurs développements afin d'atténuer les effets néfastes de la migration des travailleurs de santé sur les systèmes de santé des pays d'origine(22). L'objectif principal de ce Code est d'exhorter la coopération internationale entre des parties prenantes, dans une démarche de renforcement mutuel des systèmes de santé dans le contexte de la mondialisation(22).

Ainsi, l’OMS s’engage à responsabiliser de façon éthique les parties prenantes et à garantir que cette solution ne soit pas avantageuse pour une partie et destructrice pour l’autre, en les incitant à conclure des accords bilatéraux. Si l’on considère le point 4 de l’article 1 du rapport du directeur général de l’OMS sur le Code, les accords bilatéraux se retrouvent au centre du débat : « *faciliter et encourager un débat international et développer la coopération sur les questions liées au recrutement international éthique des personnels de santé dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, en se concentrant plus particulièrement sur la situation des pays en développement* » (22).

Les acteurs sont chargés de diffuser le Code, de travailler individuellement et collectivement pour atteindre les objectifs du Code et de mesurer la gravité de la pénurie dans le système des pays à revenus faibles ou intermédiaires (16). Les contenus des accords bilatéraux proposés dans le code et créés en fonction des besoins des deux pays pourraient aider les parties prenantes à respecter les responsabilités mentionnées précédemment. Parmi eux, nous pouvons identifier ceux qui contribuent au développement et au renforcement des systèmes de santé, ainsi que ceux qui se concentrent sur la formation du personnel de santé dans les pays d’origine (61).

Le Soudan a conclu des accords bilatéraux avec deux pays de destination, à savoir l’Arabie Saoudite et la Libye (62). Cela a permis le renforcement du système d’information des ressources humaines, l’élaboration d’une stratégie nationale de planification et l’augmentation de la main-d’œuvre en santé pour le Soudan (62, 63). De son côté, le Royaume-Uni a signé des accords bilatéraux avec certains pays du Commonwealth, tels que l’Inde, la Malaisie et le Sri Lanka, ainsi qu’avec le Népal et les Philippines, dans le cadre de son programme de recrutement international (64). Ces derniers se sont principalement concentrés sur la formation, les échanges et le renforcement des systèmes de santé des pays respectifs, comme indiqué dans le Code de pratique mondiale de l’OMS (64). Les accords bilatéraux devraient être élaborés en fonction des besoins des pays et pourraient inclure plusieurs paramètres s’assurant que la migration soit profitable aux pays d’origine, aux pays de destination et aux travailleurs de santé étrangers. Le but principal serait de faire progresser la coopération internationale.

2.6. Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel utilisé dans la présente étude est inspiré de la théorie Push-Pull de Everett Lee et de l'outil : Code de pratique mondiale de l'OMS (12, 13, 16).

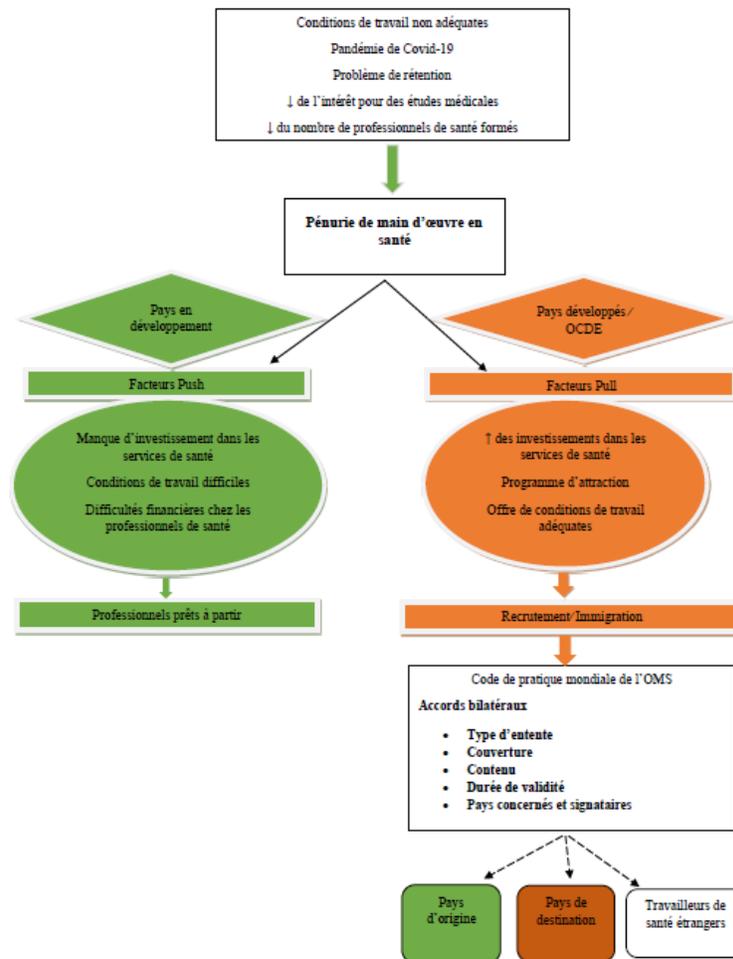


Figure 1 : Cadre conceptuel de l'exploration des accords bilatéraux dans le processus de migration du personnel de santé, inspiré du Code de pratique mondiale de l'OMS et de la théorie Push-pull de Everett Lee

2.6.1. Choix de la combinaison de la théorie et de l'outil

La théorie Push-Pull expose les différents facteurs conduisant à la migration du pays d'origine vers le pays de destination, comme présenté dans la figure 1. Parmi ces facteurs, on trouve ceux qui sont associés à la répulsion, soit les « facteurs Push », liés aux instabilités politiques, aux

problèmes économiques et conflits armés, présents dans certains cas du côté de certains pays d'origine comme Haïti, donc à revenu faible (65). En outre, il y a ceux qui sont associés à l'attraction, dits « facteurs Pull », directement liés aux stabilités et sécurité politique, et la prospérité économique, offerts le plus souvent par les pays de destination, donc à revenu élevé (65).

Ce binôme push-pull est indissociable et constitue un classique de la migration. Il est clair et représentatif de la migration en général et non spécifique du domaine de la santé. Il est utilisé dans le cadre de notre étude pour faire ressortir non seulement le contexte et l'urgence de la mobilité des infirmiers haïtiens vers le Québec, mais également les raisons qui accompagnent le plus souvent cette décision.

Ce faisant, cette migration affecterait les deux systèmes de santé en question, soit en augmentant la main-d'œuvre infirmière dans les zones de destination comme le Québec, soit en créant des écarts considérables affectant directement la prestation des soins dans les pays d'origine, comme Haïti. Le Code de pratique mondiale de l'OMS intervient dans cette situation, en se concentrant d'abord sur les conséquences des facteurs incitatifs ou de répulsion sur les pays d'origine, mais également sur la façon de gérer éthiquement cette pénurie dans les pays de destination afin de maximiser les avantages pour les zones d'incitation et d'attraction ainsi que pour les travailleurs de santé étrangers (16). Ce faisant, l'OMS encourage la signature d'accords bilatéraux.

Pour l'objectif principal de notre projet de recherche, qui est d'examiner le potentiel des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec, nous avons créé ce cadre conceptuel en combinant la théorie Push-Pull et le Code de pratique mondiale de l'OMS (12). Cela nous aidera à comprendre le phénomène du point de vue des participants et à déterminer la réponse à notre question de recherche principale.

2.6.2. Explication du cadre conceptuel

Les paramètres que présente ce cadre nous permettent de constater que la pénurie de main-d'œuvre en santé au Québec serait à la base de cette migration urgente. Elle serait la résultante de divers facteurs, notamment les problèmes liés à la rétention du personnel, l'impact de la

COVID-19 et les conditions d'emplois (5). Dans le but de maintenir la couverture universelle de santé, le Québec essaie d'endiguer cette pénurie en se tournant vers l'international. Par conséquent, il offre aux infirmiers des pays d'origine comme Haïti des conditions de travail meilleures que celles de leurs pays, des conditions sociopolitiques stables et la possibilité d'un avenir meilleur qui inclut leur famille. En raison des circonstances économiques, sociopolitiques et liées au système de santé, les infirmiers haïtiens, de leur côté, sont prêts à partir là où les conditions se révèlent être meilleures pour eux et leur famille (37, 66).

La migration se fait volontairement et serait devenue une réalité du XXI^e siècle. Malgré le fait qu'il est impossible de l'empêcher, il serait possible de garantir qu'elle profite à toutes les parties prenantes. Dans le domaine de la santé, elle pourrait entraîner des conséquences importantes et parfois préjudiciables aux systèmes de santé des pays d'origine. Ainsi, la signature d'accords bilatéraux étant fortement recommandée, nous essayons de déterminer leur potentiel exploratoire dans le cas d'Haïti et du Québec (16). Différentes composantes suggérées dans le Code pour la signature et la mise en œuvre de ces accords, telles que le contenu, les parties prenantes signataires des deux pays et le type d'accord, ont été prises en compte afin de réaliser ce cadre conceptuel.

Les différents concepts clés du cadre utilisés dans le guide d'entrevue sont la compréhension de la pénurie de main-d'œuvre en santé, les différents facteurs Push-Pull dans le cadre de la migration des infirmiers haïtiens au Québec, les connaissances et la compréhension du Code de pratique mondiale et le potentiel des accords bilatéraux à travers les composantes susmentionnées.

Chapitre 3 – Méthodologie

3.1. Stratégie et devis de recherche

La recherche qualitative joue un rôle important dans la compréhension des phénomènes et de leur contexte, étant donné qu'elle permet de découvrir ou d'explorer des liens entre des comportements et des concepts, afin d'élaborer ou de parfaire une théorie (67). Elle peut être réalisée au moyen d'études de cas, de groupes de discussion, d'entrevues semi-dirigées, d'observations, d'analyses historiques comparatives et d'autres méthodes (67). Pour mieux répondre à notre question de recherche et davantage apprécier le potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec, nous avons réalisé une étude qualitative exploratoire. Celle-ci adopte un cadre théorique selon une approche déductive et utilise trois méthodes de collecte de données. D'abord, nous avons utilisé la littérature grise et scientifique ([Annexe 1, tableau 5, pages 98-103](#)), ensuite la littérature du grand public constituée d'articles journalistiques ([Annexe 1, tableau 4, pages 96-97](#)), et enfin des entrevues semi-dirigées avec des experts dans la coopération internationale d'Haïti et de Québec, et un répondant de l'OMS. Cette approche déductive s'inscrit dans une démarche d'établissement de cohérence et de complétion des méthodes de collecte des données afin d'avoir une perspective holistique liée au cadre de notre étude.

Pour faciliter la compréhension, nous avons organisé la présentation de cette manière : 1) Les résultats de l'analyse logique démontrant les impacts négatifs de la migration sur le système de santé des pays d'origine, le recrutement massif comme solution à la pénurie, une réflexion autour du Code et quelques illustrations du potentiel des accords bilatéraux dans le processus de migration. 2) Les résultats des entrevues semi-dirigées qui soulignent les facteurs Push-Pull et le potentiel des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec.

Partie 1 : Études de la littérature grise et scientifique et celles de la littérature du grand public

Certains aspects de l'intervention ont émergé après la lecture des différents documents tels que le Code de pratique mondiale de l'OMS et le rapport de certains accords bilatéraux signés entre certains pays de l'OCDE et des pays du Commonwealth. Ils ont été utilisés non seulement pour compenser les entrevues non réalisées, mais également pour assurer une intégration et une cohérence avec les résultats des entrevues, selon le cadre conceptuel. Des résultats traduisant l'impact de la gestion de la pénurie, notamment dans les pays à revenu faible, ont également été présentés au cours de l'analyse logique.

- 1) Les données de la littérature grise et scientifique ont été repérées à travers des bases de données et des moteurs de recherche en santé tels que : Pubmed et Google Scholar, en générant des mots clés et des combinaisons comme *accords bilatéraux*, *code de pratique mondiale de l'OMS*, *implémentation et code de pratique mondiale de l'OMS*. Accords bilatéraux et défis*, * OCDE et accords bilatéraux. Au nombre de 12, ces études soutiennent les recommandations concernant l'application du Code de pratique qui consiste à surveiller, évaluer et agir sur l'impact du recrutement international sur le système de santé des pays d'origine (16). Elles démontrent l'importance de la mise en œuvre du Code, notamment la conclusion d'accords bilatéraux. Les études publiées durant la dernière décennie ont été ciblées pour cette section.
- 2) Pour la littérature du grand public, ces articles ont été choisis exceptionnellement dans le but de souligner l'ampleur de la crise qui sort hors du cadre scientifique, qui est maintenant devenue un problème préoccupant toutes les couches de la société. De plus, ils pourraient servir à illustrer l'impact en temps réel de cette méthode de gestion de la pénurie sur les pays d'origine, et comment ce sujet est perçu et traité dans la société. Nous avons utilisé des articles de l'OMS, de l'Organisation panaméricaine de la santé et le moteur de recherche Google donnant accès aux différents journaux (La Presse, Radio-Canada, Journal de Québec, Le Matin, Le Soleil, KOACI Côte d'Ivoire). Nous avons repéré et recueilli d'abord 11 articles journalistiques publiés dans les pays en développement après la pandémie, qui sonnent l'alarme sur les conséquences du recrutement sur leur système de santé, de même que des écrits du Canada et du Québec publiés en post-pandémie, soulignant le recrutement international comme moyen de remédier à la

pénurie de main-d'œuvre en santé. Ces articles ont été théorisés, analysés et synthétisés en utilisant les concepts du cadre conceptuel de notre étude. Ils constituent entre autres une représentation de la résultante du modèle Push-Pull, utilisé comme modèle théorique au cours de cette étude.

3.4.2. Analyse logique

L'analyse logique a pour but de déterminer le bien-fondé d'un modèle théorique à la base d'une intervention (68). Au cours de cette dernière, le chercheur devrait spécifier un potentiel lien entre ce modèle théorique à la base de l'intervention et les stratégies et moyens mis en œuvre pour le mettre en application (68). Le modèle théorique étant basé sur les facteurs Push-Pull, l'intervention étant l'application du Code de pratique mondiale de recrutement de l'OMS et le moyen d'opérationnalisation étant l'élaboration et la mise en œuvre des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec.

Partie 2 : les entrevues semi-dirigées

3.2. Contexte et population d'étude

Cette étude de nature exploratoire est réalisée selon une perspective constructiviste dans laquelle nous nous basons sur les lignes directrices de l'OMS dans son Code de pratique mondiale, visant à encourager des accords bilatéraux dans un contexte de migration de membres du personnel de la santé étrangers. L'illustration se fera en prenant l'exemple de la migration du personnel infirmier haïtien au Québec. L'approche constructiviste consiste à produire des connaissances selon une démarche de conceptualisation basée sur des expériences des participants de l'étude (69). De cette approche peuvent découler différentes pistes de solutions visant à résoudre la problématique (69). La population d'étude a été composée de parties prenantes œuvrant dans les ressources humaines en santé, ayant des expériences en coopération internationale entre Haïti et le Québec, et des connaissances sur le Code de pratique mondiale de l'OMS.

3.2.1. Échantillonnage

L'échantillonnage vise la saturation des perspectives du point de vue des participants. Il en existe différents types, mais celui dit raisonné consiste à sélectionner des participants pouvant apporter des informations riches en rapport à l'étude du phénomène qu'on veut explorer ou comprendre (70). La population de l'étude a donc été sélectionnée selon un échantillonnage raisonné, en tenant compte de l'objectif de la recherche, de leurs expériences en coopération internationale entre les deux parties prenantes. De plus, nous avons eu un répondant de l'OMS travaillant dans l'équipe d'élaboration et de suivi des objectifs du Code de pratique mondiale.

3.2.2. Critères d'inclusion

Nous avons inclus des participants ayant plus de deux ans d'expertise dans la coopération internationale entre Haïti et le Québec, des connaissances des milieux de santé haïtien et québécois, du Code de pratique mondiale de l'OMS et de la gestion des ressources humaines en santé. Ceux de Québec ont été recrutés à l'Université de Montréal et ceux d'Haïti, au ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP). Pour l'OMS, le répondant a été recruté sur la base de son expertise dans la rédaction et le suivi des paramètres du Code.

3.2.3. Critères d'exclusion

Les participants ayant moins de deux ans d'expertise en coopération internationale et en gestion des ressources humaines ont été exclus de l'étude.

3.3. Collecte des données

La réalisation des entrevues semi-dirigées a été l'unique méthode de collecte des données pour l'analyse thématique et celle pour l'analyse logique a été présentée antérieurement. Selon Flick, les entrevues semi-dirigées sont des discours qui suivent un ordre de questions préétablies rédigées dans un guide, comportant des éléments directement liés aux objectifs de l'étude, aux questions de recherche et au cadre conceptuel (71). Cependant, même si la liste des questions existe, elle sert de guide visant à structurer l'entrevue, et le participant est libre de développer ses arguments (71). Elles permettent de comprendre le sens d'un phénomène complexe selon les perspectives des participants d'une étude (71).

3.3.1. Outils de collecte des données

Un guide d'entrevue adapté à l'objectif principal et aux questions de recherche a été rédigé, testé et validé avec quelques participants de l'ESPUM, étudiant, ayant travaillé dans la coopération internationale entre Haïti et le Québec. Il comporte 10 questions portant principalement sur la pénurie de main-d'œuvre, le Code de pratique mondiale de l'OMS et les accords bilatéraux ([Annexe 6, page 116](#)). Comme mentionné au début, nos questions portent sur le personnel de santé, mais dans le cadre de notre étude, nous nous concentrons sur les infirmiers haïtiens pour obtenir des informations précises et organisées. Les accords bilatéraux entre le Québec et Haïti, et leur potentiel dans le processus de migration des infirmiers haïtiens sont le sujet principal de notre entrevue. Nos experts ont une vaste connaissance de la situation d'Haïti et du Québec, notamment en ce qui concerne la coopération en matière de santé. Ils ont fait ressortir au cours de toutes les entrevues des perspectives pour le personnel infirmier haïtien.

3.3.2. Procédure de recrutement

Les participants ont été contactés au moyen de leur courriel avec l'appui du directeur et de la co-directrice de recherche. L'expert de l'OMS a été contacté par le canal général de média à la suite de la publication d'un article le 14 mars 2023 partageant les mêmes objectifs que notre projet de recherche. Ensuite, des rendez-vous ont été programmés selon leur convenance.

3.3.3. Déroulement des entrevues

Nous avons mené un total de 7 entretiens sur les 11 prévus pour notre étude que nous croyons nécessaires pour atteindre une saturation tout en restant ouvert à l'idée de recruter à nouveau au cas où on n'en arrivait pas. Nous avons contacté 15 personnes, parmi lesquelles 9 ont confirmé leur intérêt pour participer. Cependant, 2 d'entre elles ont changé d'avis au moment de programmer l'entretien. L'application TEAMS a été utilisée pour enregistrer les séances, avec le consentement écrit et volontaire des participants, tout en respectant les règles d'éthique et de confidentialité ([formulaire d'information et de consentement, annexe 4, pages 108-113](#)). Chaque entretien a duré environ 60 minutes, ce qui nous a permis d'approfondir les thèmes clés de notre étude.

Il est essentiel de noter que la saturation thématique n'a pas été complètement atteinte. Cette limitation peut influencer la transférabilité des résultats. Pour compenser cette lacune, nous avons effectué une triangulation des données provenant de l'analyse logique pour obtenir une vue holistique du sujet. Bien que la saturation thématique n'ait pas été pleinement réalisée, les informations obtenues à partir des 7 entretiens individuels offrent des perspectives riches et des données précieuses pour répondre à nos questions de recherche. Les 4 entretiens restants n'ont pas pu être réalisés en raison de la non-disponibilité des participants potentiels.

3.3.4. Transcription des entrevues

Les entrevues ont été transcrites intégralement et fidèlement par l'étudiante-chercheure, aucun logiciel de transcription n'ayant été utilisé. Une double vérification a été faite avec l'enregistrement et le verbatim afin d'en assurer la validité, tout en gardant l'anonymat. Chaque participant a reçu le verbatim de son entrevue. Des relectures ont été effectuées afin d'avoir une conception plus détaillée des perceptions des participants.

3.4. Analyse des résultats

3.4.1. Analyse thématique des données et stratégie d'analyse

Selon Creswell, le but de la recherche qualitative est de présenter une description générale et de fournir une compréhension solide du thème étudié à l'aide de données riches recueillies à l'aide de l'expertise des participants à l'étude (72). Dans le milieu de la santé, la recherche qualitative permet d'abord d'explorer des phénomènes sociaux, des problématiques au regard des expériences vécues, afin d'en tirer des explications significatives et profondes, ce qui pourrait contribuer à améliorer des politiques de santé (72). De plus, elle permet de générer des théories autour des phénomènes de santé (72).

Nous avons suivi les 6 phases de l'analyse thématique proposée par Braun et Clarke (73). Après avoir effectué la transcription fidèle et intégrale des entrevues, nous nous sommes familiarisés avec les données en faisant plusieurs lectures des verbatims. Ensuite, nous avons généré des codes en utilisant une approche thématique ([Grille de codage, Annexe 1, tableau 2, pages 87-88](#)). Des catégories et sous-catégories de thèmes ont été formées dans le but de faire ressortir

fidèlement les éléments de ces entrevues reflétant l'objectif, les questions et sous-questions de recherche de l'étude. Nous avons pu générer, revoir les thèmes émergents et les définir. Un dictionnaire de codes a été rédigé afin de guider la démarche de codification et les données ont été ensuite analysées avec le logiciel Nvivo. Après la phase de codage, les résultats ont été soumis à une analyse inductive ayant pour but de synthétiser les données recueillies, de leur donner du sens, de trouver des liens significatifs entre nos objectifs et les thèmes à venir, en y faisant des conclusions pertinentes. L'interprétation des données traduit fidèlement les propos des participants, ce qui témoigne d'une réflexivité, laquelle a été intégrée au cours de l'analyse et de la présentation des résultats. Pour s'assurer de l'application de cette réflexivité, les résultats ont été partagés et discutés avec les participants afin de les valider avant leur publication.

L'analyse thématique dans une analyse qualitative vise la délimitation de thèmes dans le but de répondre graduellement à la question de recherche principale (74). Nous avons présenté les résultats des différentes entrevues réalisées dans le cadre de cette étude, collectées à l'aide d'un guide d'entrevue. Donc, l'analyse thématique nous a permis non seulement de réaliser un repérage des différents thèmes pertinents en rapport avec les objectifs de la recherche, mais également de documenter les points communs et les divergences (74).

L'analyse thématique des entrevues nous a permis de générer des catégories et sous-catégories de thèmes en rapport avec notre cadre conceptuel :

- 1) **Pénurie de main-d'œuvre en santé** : Ce concept est décrit par le manque de salariés, d'ouvriers en santé dans un établissement, une région, un pays.

Exemple : Main-d'œuvre infirmière insuffisante au Québec

- 2) **Solutions envisagées pour pallier la pénurie** : Elles constituent l'ensemble des mesures, des décisions et d'actes qui peuvent aider à pallier la pénurie de main-d'œuvre en santé.

- a) **Liées à la formation** : Elles sont définies par tous les mesures, décisions et actes qui peuvent aider à pallier la pénurie de la main-d'œuvre en santé, en rapport avec la formation générale.

Exemple : encourager les jeunes à s'inscrire dans les études en santé.

b) Liées à l'innovation : Elles sont définies par toutes les décisions, mesures et actes qui peuvent aider à pallier la pénurie de la main-d'œuvre en santé, en rapport avec l'innovation dans le système de santé.

Exemple : Utiliser la main-d'œuvre qualifiée déjà au Québec et non sollicitée

c) Liées à l'immigration : Elles sont définies par toutes les décisions, mesures et actes qui peuvent aider à pallier la pénurie de la main-d'œuvre en santé, en rapport avec l'innovation dans le système de santé. Au regard de cette solution, nous faisons également ressortir les causes et les conséquences qui y sont liées, notamment le phénomène Push-Pull.

Exemple : Recruter des infirmiers à l'international

3) Code de pratique mondiale de l'OMS

Utilités du Code de pratique mondiale de l'OMS : Ce concept définit la mesure dans laquelle les objectifs, les principes et les articles du Code continuent d'être pertinents et peuvent aider à trouver des solutions aux défis mondiaux liés aux migrations de membres du personnel de santé et au renforcement des systèmes de santé.

Exemple : Réduire les effets néfastes de la migration sur les systèmes de santé des pays en développement.

4) Accords bilatéraux : ils se définissent comme un document qui engage les parties contractantes l'une envers l'autre.

a) Type de couverture : Cette sous-catégorie définit l'étendue de l'accord ou du type de collaboration entre deux pays.

Exemple : structurer le recrutement international

b) Type de contenu : Éléments pouvant maximiser les bénéfices pour les pays d'origine et de destination et les travailleurs de la santé dans le processus de migration.

Exemple : Renforcer les capacités des systèmes de santé des pays d'origine

c) Type d'entente : Cette sous-catégorie regroupe les différents types de collaboration, d'accords politiques définissant les accords.

Exemple : Retour des travailleurs de la santé dans leur pays d'origine après leur formation

d) Enjeux liés à la signature et la mise en œuvre des accords bilatéraux : les éléments pouvant faire obstacle à la concrétisation des accords bilatéraux entre les deux parties prenantes

Exemple : Dynamique de pouvoir existant entre les pays d'origine et de destination

5) Suggestions : Cette section comporte les conseils des participants pour explorer le potentiel des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec.

Exemple : Réaliser des plaidoyers afin de sensibiliser les paliers provinciaux et fédéraux.

3.5. Triangulation des données

Afin d'approfondir un sujet, la triangulation des données est une méthode de collecte de données de diverses sources (75). Selon Sawadogo, il s'avère crucial de trianguler les données dans une étude qualitative exploratoire, afin d'examiner la complexité d'un sujet à travers son originalité, sa sensibilité et son lien avec d'autres problèmes (75). Lorsque l'échantillon d'une étude est restreint, cette méthode permet de combiner des sources indépendantes afin de produire des informations pertinentes et d'apporter une richesse à la qualité des données (75). Ainsi, pour atteindre une saturation, il est essentiel de diversifier les sources. Dans notre recherche, nous avons triangulé d'abord les données présentant l'impact de la gestion de la pénurie sur les systèmes de santé des pays d'origine (littérature du grand public), puis les données illustrant l'élément de régulation de cette méthode et la mise en œuvre des accords bilatéraux (littérature grise et scientifique), et enfin, les perspectives des participants sur les thèmes abordés dans le cadre conceptuel, à travers les différentes entrevues.

3.6. Critères de scientificité

Les critères suivants ont été utilisés tout au long de l'étude pour s'assurer de la rigueur scientifique. La liste de contrôle COREQ ([Annexe 5, pages 114-115](#)) a été utilisée pour évaluer la qualité de l'étude et l'application des critères sous mentionnés.

3.6.1. Crédibilité

La crédibilité d'une étude qualitative se base sur la cohérence des objectifs poursuivis par le chercheur, des données empiriques disponibles, l'analyse rigoureuse et sa capacité à reproduire des résultats crédibles (76). Nous avons donc procédé d'abord à la constitution d'un échantillonnage raisonné pour inclure des participants variés et représentatifs dans l'étude ([Page 33](#)). Nous avons renforcé cette crédibilité en complétant nos données avec une autre méthode de collecte (littérature grise, scientifique et populaire) afin d'obtenir une perspective globale sur le sujet. Ensuite, nous avons utilisé, lors de l'analyse des données, des catégories de codification précises et exhaustives, afin de réaliser la corroboration des résultats avec les participants pour garantir leur crédibilité. Ils étaient invités à commenter ou corriger les verbatims de leurs entrevues afin d'en assurer l'exactitude ([page 36](#)).

3.6.2. Transférabilité

Elle consiste à généraliser les observations d'une étude dans d'autres contextes ou objets (77). Dans cette étude, nous nous sommes assurés de bien présenter les caractéristiques de la population de l'étude au début de la présentation des résultats afin de permettre aux lecteurs de juger de la pertinence des résultats dans d'autres contextes. L'échantillonnage raisonné a été construit sur une base de représentativité, dans le but d'obtenir des informations riches sur notre sujet d'étude. Pour faciliter la compréhension des résultats, nous avons fourni une description claire et la signification des thèmes utilisés lors des entrevues semi-dirigées, nous permettant ainsi de distinguer les similarités et les différences dans les résultats ([pages 36-38](#)).

3.6.3. Imputabilité procédurale

L'imputabilité procédurale dans notre étude a été assurée en fournissant une description détaillée de la méthodologie de l'étude afin que les chercheurs puissent la reproduire et en établissant des procédures claires pouvant garantir que l'étude est menée de manière cohérente (76). ([Pages 32-40](#)).

3.6.4. Conformabilité

Bien que la subjectivité du chercheur existe, dans une étude qualitative, il doit faire en sorte de pratiquer une réflexivité, d'être le plus neutre et objectif possible (76). Dans le but d'assurer la conformabilité, nous avons discuté des résultats avec les participants et nous assurer d'une reproduction fidèle de leurs opinions.

3.7. Considérations éthiques

Le protocole d'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche en santé de l'Université de Montréal le 1^{er} mars 2023 et est enregistré au numéro : 2023-4178 ([Annexe 2, pages 104-105](#)).

Les participants de l'étude ont donné un consentement éclairé pour leur participation et pour l'enregistrement des entrevues semi-dirigées en signant le formulaire de consentement approuvé par le comité d'éthique et rédigé à cet effet.

Dans le but de respecter l'anonymat, des noms d'emprunt ont été donnés à chaque participant et les données ont été traitées en toute confidentialité et exclusivement aux fins de l'étude. Les résultats de l'analyse du contenu des entretiens ont été présentés aux participants de l'étude avant la publication, afin qu'ils confirment si ces derniers traduisaient exactement leur perception.

Les données sont gardées sur un ordinateur auquel seule l'équipe de recherche (mon directeur, ma co-directrice et moi) a accès et sur le OneDrive de l'Université de Montréal. Leur gestion sera assurée par le directeur de recherche après la diplomation de l'étudiante et les données seront détruites sept ans après l'étude.

Chapitre 4 – Résultats

Au cours de ce chapitre, nous présenterons les résultats afin de répondre à notre question de recherche : Comment le recours à des accords bilatéraux pourrait-il maximiser les bénéfices pour Haïti et le Québec dans le processus de migration des travailleurs de santé au Québec ? ainsi qu'à nos sous-questions de recherche : 1) Quels sont les accords existants dans le processus de migration des travailleurs de santé entre les pays d'origine et de destination ? 2) Quel est le potentiel de ces accords bilatéraux pour maximiser les bénéfices pour les diverses parties prenantes (Haïti et Québec) ? 3) Quels sont les défis et enjeux existants au regard de l'élaboration et de la mise en œuvre des accords bilatéraux entre Haïti et le Québec ?

Nous avons réalisé une analyse logique en utilisant des données de la littérature du grand public composée d'articles journalistiques ([Annexe 1, tableau 4, pages 96-97](#)), de la littérature grise et scientifique ([Annexe 1, tableau 5, pages 98-103](#)), ainsi qu'une analyse thématique en utilisant des entrevues qualitatives avec des experts de la coopération internationale d'Haïti et de Québec.

4.1. Les impacts de la migration des infirmiers étrangers sur les systèmes de santé des pays d'origine

Dans cette partie nous présenterons les impacts de la migration des travailleurs de santé sur les systèmes de santé des pays d'origine en temps réel. Cette section est divisée en présentant les effets : a) dans le monde entier, b) au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Maroc et au Ghana et c) les données concernant le recrutement massif au Canada et au Québec. Ces résultats proviennent de 11 articles journalistiques et viennent présenter l'impact en temps réel de la migration du personnel infirmier sur le système de santé de certains pays d'origine à faible revenu.

4.1.1. Impact mondial

La migration des travailleurs de santé a un impact mondial. Des données de National Health service indiquent que la part des infirmières recrutées à l'étranger a doublé entre 2014 et 2021 (78). Les préoccupations concernent les conséquences néfastes sur les systèmes de santé des pays à revenu faible, ainsi que l'importance d'investir dans la formation de leurs professionnels

de la santé (78). Lors de l'assemblée mondiale de 2022, le Conseil international des infirmiers (CII) a demandé que les gouvernements rendent compte sur leur processus de recrutement, notamment sur la mise en œuvre du Code de pratique de l'OMS (78). Le recrutement international dans les pays à revenu faible suscite l'indignation, on le qualifie même de déficit d'expertise, car il vise les infirmiers spécialisés (79).

4.1.2. Inquiétudes au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Maroc et au Ghana

Des recruteurs d'infirmiers ont été dépêchés par le Réseau vitalité du Nouveau-Brunswick au Sénégal et en Côte d'Ivoire. Le président de l'Association nationale des infirmiers et infirmières du Sénégal (ANIIDES) met en garde contre l'augmentation de la pénurie au Sénégal et encourage la formation d'infirmières à l'échelle locale (80). En Côte d'Ivoire, l'organisation des infirmières partage les mêmes inquiétudes et encourage les échanges et le transfert de connaissances (81). Ils invitent le Nouveau-Brunswick à faire son recrutement en mettant en place des partenariats qui pourraient soutenir la formation de nouveaux infirmiers (81). Il est inquiétant de constater que plus de 65 000 infirmiers qualifiés aient quitté le Maroc pour travailler à l'étranger, alors qu'il y en a environ 30 000 dans le pays, ce qui ne suffit pas à répondre à leurs besoins en soins de santé (82). Le Royaume-Uni a recruté des infirmières spécialisées en Afrique de l'Ouest, et plus de 1200 infirmiers ghanéens sont partis en 2022, principalement pour des raisons économiques (83). Une directrice d'hôpital du Ghana affirme avoir perdu 20 infirmiers spécialisés récemment et s'inquiète pour l'avenir du système de santé du Ghana qui se trouve sur la liste 2023 des pays où le recrutement ne devrait pas être fait activement (84). Il n'y a aucun accord bilatéral signé entre le Ghana et le Royaume-Uni, contrairement au Népal avec lequel il en existe un (83, 85).

4.1.3. Inégalités

Le Comité international des infirmiers (CII) dénonce l'accord du Royaume-Uni et du Népal alors que le ratio patient infirmier est 4 fois plus grand au Royaume-Uni qu'au Népal (79). Le Canada compte 4,45 médecins, infirmiers et sage-femmes pour 1000 habitants, et le Cameroun, 0,55 médecin, infirmier et sage-femme pour 1000 habitants, alors qu'il y a un recrutement actif au Cameroun (80). Encore une fois, les raisons économiques et les conditions de vie meilleure

constituent les facteurs d'incitation et d'attraction respectivement observés à la base de ces départs massifs (80). Le Royaume-Uni et d'autres pays européens recrutent de leur côté activement dans les pays sur la liste rouge de l'OMS tels que le Nigeria, l'Ouganda, le Pakistan, le Népal, le Ghana et les Philippines (86)

4.1.4. Recrutement massif

En réponse à la pénurie de main-d'œuvre en santé, de nombreuses régions du Québec et du Canada recrutent activement à l'international. Le Réseau santé horizon a organisé janvier 2023 des journées portes ouvertes pour le recrutement des infirmiers pour le Nouveau-Brunswick, qui vise environ 120 infirmières québécoises (81). De 2019 à 2022, le Québec a reçu 1150 infirmiers internationaux provenant de l'Amérique du Sud et de l'Europe principalement (87). Plusieurs régions du Québec recrutent à l'international et selon un communiqué du ministère de la Santé et des Services sociaux : « le recrutement international est dans l'intérêt de tous » (88). Il représente désormais une solution concrète de la gestion de la pénurie dont on ne peut passer outre, disent des gestionnaires au CHU de Québec (89). Selon Radio-Canada, 1000 infirmières recrutées en Afrique sont en train de suivre une formation dans des cégeps au Québec pour une durée de 2 ans, afin de venir en aide aux différents hôpitaux montréalais (88). Le Québec assure les frais de scolarité et de fonctionnement, et un budget de 65 millions dollars est prévu pour ces deux ans (88).

4.2. Le Code de pratique mondiale de l'OMS : l'intervention

Cette section est divisée en fonction des idées telles que : a) Les utilités du Code (dans le processus de migration, dans les interventions de protection des ressources dans les pays d'origine, dans le développement de la coopération internationale et dans l'intégration des travailleurs de santé étrangers), b) L'importance de la mise en œuvre du Code.

4.2.1. Utilités du Code

Le Code souligne l'importance des accords bilatéraux pour réguler la migration à l'échelle internationale, conformément aux exigences des pays d'origine et de destination. L'OMS

préconise le renforcement des systèmes de santé et l'investissement dans la formation du personnel médical dans les pays d'origine.

Responsabiliser les parties prenantes dans le processus de migration

Le Code de pratique mondiale de l'OMS comprend plusieurs éléments destinés à gérer le processus de migration des travailleurs étrangers (22). Il encourage les pays impliqués à adopter une responsabilité éthique afin d'éviter une détérioration de la pénurie de main-d'œuvre en santé dans les systèmes de santé des pays d'origine (22). Il traite de plusieurs aspects, dont la migration, les conditions de travail et l'intégration des professionnels recrutés dans le système du pays de destination (22). Dans notre étude, nous nous intéressons à la composante migration, là où les accords bilatéraux s'avèrent nécessaires. Cette analyse a pu également bénéficier des opinions de nos participants.

Protection des ressources des pays d'origine

Certains pays de l'OCDE recrutent activement dans des pays où les ratios patients/infirmières sont inégaux, malgré la pénurie mondiale de professionnels de santé (80). Ils auraient jusqu'à quatre fois plus de professionnels de la santé pour 1000 habitants que les pays d'origine, où le recrutement international est pratiqué de manière active (80). Par conséquent, ce Code soutient l'adoption de responsabilités éthiques dans le processus de recrutement (16). Il faudrait toutefois que les décisions soient adaptées aux conditions et besoins des pays d'origine et de destination (22). En revanche, il ne faudrait pas qu'il profite à l'un et soit néfaste pour l'autre (87). Tout cela pourrait être réglé avec les accords bilatéraux fortement suggérés par l'OMS qui encouragent le transfert de connaissance et l'investissement dans la formation du personnel médical dans les pays d'origine (16).

Encourager le développement de coopération internationale

Il faut clarifier que le recrutement international n'est pas interdit par le Code, et la migration des professionnels de la santé ne devrait être contrainte. Il s'agit d'ailleurs des conséquences de la mondialisation. Cependant, la liste de soutien de l'OMS comporte 55 pays, dont des pays

d’Afrique et des Caraïbes, qui sont en situation de pénurie grave, où des recrutements actifs ne devraient pas être réalisés (90). Si des recrutements devaient se faire, l’OMS suggère qu’il serait important d’établir des accords bilatéraux afin de soutenir leurs systèmes de santé en leur permettant de faire face aux conséquences (85).

Encourager l’intégration des professionnels de la santé étrangers

Hormis les pays d’origine et les pays de destination qui ont besoin de soutien mutuel pour leur système de santé, le Code met l’accent également sur les travailleurs de la santé. Selon l’OMS, le personnel de la santé étranger devrait jouir de conditions de travail et d’emploi similaires à celles dont bénéficient les autres professionnels du système de santé des pays de destination (22). Les ententes devraient être éthiques, transparentes et adaptées aux droits de la personne. Les systèmes de santé des pays de destination doivent fournir une protection sociale et des avantages sociaux nécessaires au fonctionnement de ces travailleurs de santé étrangers (22). Tout cela se réfère au respect des droits de la personne, des droits des travailleurs internationaux suggérés fortement par l’OMS et l’OIT (22, 91).

4.2.2. Importance de la mise en œuvre du Code

Toutes les composantes du Code, si appliquées à la migration des travailleurs de la santé étrangers, pourraient servir de levier et influencer les politiques publiques de santé dans la gestion de la pénurie de main-d’œuvre. Cette pénurie constitue un grand enjeu de santé mondiale et sa gestion ne pourrait se faire de façon individuelle, mais avec des prises de décisions bilatérales comme l’a mentionné l’OMS dans son Code (16). La mise en œuvre pourrait être effectuée en constituant l’un des éléments clés dans l’atténuation des effets néfastes de la migration des travailleurs de santé, entre autres l’aggravation de la pénurie aiguë dans les pays d’origine. D’où l’importance de la coopération internationale concrétisée avec la signature des accords bilatéraux.

4.2.3. Les accords bilatéraux : éléments d’opérationnalisation du Code

Trois sous-sections sont présentées dans l’analyse des différents accords bilatéraux : a) présentation des accords bilatéraux conclus entre certains pays de l’OCDE et du Commonwealth

tels que la Malaisie, l'Inde et le Kenya, subdivisée en : recommandations de l'OMS et l'élaboration et la mise en œuvre du Code. b) Le potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des travailleurs de santé étrangers, comprenant diverses subdivisions, dont : l'organisation la migration des travailleurs de santé, l'amélioration des politiques de coopération internationale, la facilitation de l'intégration des travailleurs de santé et la protection des droits des travailleurs de santé. c) les défis liés à la signature et à la mise en œuvre des accords bilatéraux.

Les études disponibles dans la littérature ont révélé en majorité que le type d'entente dans les partenariats est généralement bilatéral. Dans un récent article publié le 14 mars 2023 par l'OMS sur les garanties pour le recrutement des agents de santé, il encourage fortement les ministères de la Santé des différents pays d'origine et de destination impliqués dans le recrutement de personnel de santé à établir des ententes comprenant leurs besoins respectifs (84). Les accords bilatéraux conclus entre le Royaume-Uni et certains pays du Commonwealth sont l'un des exemples concrets et connus présentés au cours de notre analyse (85).

4.2.4. Recommandations de l'OMS

Dans le Code de pratique mondiale de l'OMS, l'article 10 ([Annexe 6, page 116](#)) présente différentes stratégies pouvant être adoptées dans des accords bilatéraux entre les pays d'origine et de destination (92). On y trouve la collaboration technique, le soutien financier, le développement professionnel et la lutte contre certaines maladies dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (92).

Au nombre de 10, les recommandations faites dans le rapport sur le Code tournent majoritairement autour de l'éducation, de la formation et du développement du personnel de santé dans tous les pays. Une commission a été formée par des représentants de l'OMS, l'OIT et de l'OCDE afin d'élaborer un plan de mise en œuvre durant 5 ans pour ces 10 recommandations (93). Le récent article de l'OMS sur les garanties de recrutement du personnel de santé représente l'un des ajouts à la longue liste des études, rapports et articles publiés sur la pénurie de main-d'œuvre en santé, notamment sur le recrutement de professionnels de la santé étrangers (84). L'un des éléments qui reviennent souvent est la formation et le développement des personnels

de santé, pouvant assurer la disponibilité de la quantité d'agents de santé pour renforcer la couverture universelle de santé (84, 94). Les avancées technologiques sont évoquées dans les recommandations et pourraient également faire partie des stratégies de renforcement des deux systèmes de santé (84).

4.2.5. Élaboration et mise en œuvre des accords bilatéraux

En septembre 2016, la commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique a publié un rapport concernant la pénurie de la main-d'œuvre en santé (93). Elle a suggéré d'investir dans la formation et le développement du personnel de santé afin d'y remédier, et propose des mesures visant à créer des emplois dans le domaine de la santé (93). En 2012, l'Allemagne et le Viêtnam ont signé un accord bilatéral visant à soutenir la formation des infirmières générales vietnamiennes (95). Cette stratégie, connue sous le nom de Programmes Médicaux Internationaux (PMI), est mise en œuvre dans diverses régions au moyen de partenariats ou d'accords entre des pays à ressources limitées et riches (96). Elle vise à renforcer les systèmes de santé mondiaux (95). Elle peut être aussi illustrée par la collaboration entre l'université Yale aux États-Unis et l'université Makerere en Ouganda pour des formations sur l'éthique en santé mondiale, les recherches cliniques et la science fondamentale (96). Cette collaboration, selon les auteurs, est un modèle d'éducation à la santé mondiale fondée sur l'équité comme le suggère l'OMS dans le Code.

Le Royaume-Uni a conclu des accords avec certains pays du Commonwealth qui offrent une variété d'opportunités, telles que le remboursement direct, l'investissement dans les emplois des pays d'origine, la formation, l'éducation et l'échange de connaissances et de compétences(85). Ces accords s'alignent donc sur les objectifs des accords bilatéraux selon l'OMS qui est de générer un gain mutuel pour les pays d'origine et de destination (85). Il a été suggéré aux présidents de France et d'Afrique du Sud de mettre en place des actions pouvant contribuer à créer des emplois dans le secteur de la santé (97).

4.2.6. Potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des travailleurs de la santé étrangers

Pour explorer les accords bilatéraux dans le contexte de la migration des travailleurs de santé, il est nécessaire de prendre en considération la complexité du sujet et de déterminer les avantages et les inconvénients. Dans un tel contexte, les accords bilatéraux pourraient généralement aider à mieux structurer la migration des travailleurs de santé, à améliorer les politiques de coopération internationale, à faciliter l'intégration des travailleurs de santé étrangers dans les pays de destination et à protéger leurs droits. Les futures politiques publiques en matière de santé pourraient être influencées par des accords bilatéraux afin de mieux gérer la pénurie de main-d'œuvre en santé dans le monde. Cependant, en laissant pour compte les besoins des différentes parties prenantes, des intérêts politiques ou personnels peuvent entraver la mise en œuvre de tels accords.

Structurer la migration des travailleurs de santé

Afin d'assurer une planification stratégique et d'élaborer des politiques efficaces pour la gestion du flux migratoire, l'enregistrement des données sur la migration des travailleurs de la santé s'avère extrêmement important pour les pays d'origine et de destination (16, 63). Ceci aiderait à anticiper et générer les réponses aux conséquences sur les systèmes de santé des pays d'origine, pouvant affecter la prestation des soins de santé. C'est ce que nous dit l'OMS dans le point 2 de l'article 3 : *« Il est indispensable de remédier aux pénuries actuelles et attendues de personnels de santé pour protéger la santé dans le monde. Si le recrutement est bien géré, les migrations internationales de personnels de santé peuvent contribuer utilement au développement et au renforcement des systèmes de santé »* (22). Au Royaume-Uni, les accords bilatéraux permettent de faire directement les demandes. Ainsi, les gouvernements des pays d'origine exercent un plus grand contrôle sur la migration et peuvent déterminer les besoins en matière de planification et de contenu des accords bilatéraux avec les pays de destination (85).

Améliorer les politiques de coopération internationale

Après la soumission des données et l'identification des besoins, il faudrait évaluer si le départ des travailleurs de santé des pays en développement n'affecte pas leur système de santé. Toutes les

institutions importantes des deux pays, telles que les ministères de l'Éducation, de la Santé et des Affaires étrangères devraient se réunir afin d'élaborer et de conclure des accords bilatéraux pour cette évaluation (16). Les ministères à la Condition féminine auraient également leur place aux tables de discussion et de décision, car la profession infirmière est féminisée et l'intersectionnalité est importante et fondamentale afin de réduire les inégalités dans les responsabilités de pouvoir (16). Toutes ces parties prenantes devraient déterminer les éléments essentiels nécessaires au renforcement de leur système de santé respectif de manière claire, transparente et éthique.

Au Royaume-Uni, cette composante est gérée de différentes façons, selon le pays d'origine en question (85). Avec les Philippines, il participe à la régulation du flux migratoire des infirmiers philippins et à leur développement professionnel, en s'assurant de les recruter de façon éthique et de les intégrer dans leur système de santé (85). Il soutient une initiative de formation médicale avec les pays à revenu faible et intermédiaire à travers laquelle les médecins de ces pays pourront améliorer leurs compétences médicales (85). Cette initiative, financée par le Health Education England (HEE) et parrainée par l'Academy of Medical Royal, amène environ 1000 médecins par année à effectuer des expériences de formation et de développement dans le système de santé anglais (85).

Faciliter l'intégration des travailleurs de santé dans les pays de destination

Pour mieux s'intégrer dans le système de santé des pays de destination, des procédures administratives telles que la reconnaissance des acquis doivent être obligatoirement réalisées, mais peuvent constituer un défi dans la durée de traitement (16). Dans ce processus, les accords bilatéraux pourraient améliorer et simplifier les procédures administratives en réduisant considérablement les durées de traitement. En tenant compte de leurs expériences et formations, ils peuvent également contribuer à l'intégration des travailleurs de santé dans le système de santé des pays de destination. Le point 4 de l'article 4 du Code fait mention des différents moyens d'intégration de façon juste des travailleurs de santé : « *Les personnels de santé migrants devraient être engagés, promus et rémunérés d'après des critères objectifs tels que les*

compétences, le nombre d'années d'expérience et les responsabilités professionnelles, selon le principe d'égalité de traitement avec les personnels de santé formés localement » (22).

Protéger les droits des travailleurs de santé étrangers

Les travailleurs de santé étrangers devraient jouir des droits en rapport avec leurs responsabilités (22). Les pays de destination sont tenus de fournir aux travailleurs de santé des informations telles que leurs droits, les conditions de travail, les assurances, la gestion de leur emploi et leur intégration sociale (22). La protection des droits des travailleurs empêche qu'ils soient victimes d'injustices qui pourraient avoir un impact négatif sur leur intégration. Les accords bilatéraux doivent clarifier les détails des contrats, les avantages et les inconvénients, et les employés doivent disposer de la liberté de choisir ce qui leur convient le mieux (22).

4.2.7. Défis liés à la signature et à la mise en œuvre des accords bilatéraux

Selon Ayat et Elcheikh, l'évaluation du Code de l'OMS devrait faire en sorte que les accords ne soient pas signés qu'entre gouvernements, mais entre des instances s'occupant du recrutement international (62). Dans leur étude intitulée « Défis à la mise en œuvre du Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : le cas du Soudan », Ayat et Elcheikh encouragent la création de plaidoyers pour améliorer la gestion du flux migratoire et renforcer les systèmes de santé des pays d'origine. Ils mentionnent les accords bilatéraux signés entre le Soudan et d'autres pays comme l'Arabie Saoudite et la Libye (62). En fait, plusieurs années se sont écoulées entre les négociations et la signature des accords bilatéraux, sans compter qu'ils n'ont jamais été mis en œuvre. De ce fait, l'exode des travailleurs de santé soudanais a pu continuer et a compromis la couverture universelle de santé au Soudan (62).

Yakubu et ses collègues ont réalisé une étude sur la portée de la gouvernance de la migration des agents de santé qualifiés du Nigeria et son impact sur leurs intentions de migrer (91). Pour faire face au départ massif des travailleurs de santé locaux, le gouvernement nigérian a créé une politique migratoire en collaboration avec des acteurs internationaux. Cependant, il existe des obstacles à la mise en œuvre (91). Un cadre conceptuel a été élaboré à partir de cette étude,

montrant trois niveaux. Le niveau constitutionnel concerne l'économie et le personnel de santé, des politiques sont bien élaborées, mais l'enjeu réside encore dans la mise en œuvre (91). Pour le niveau collectif affectant la redevabilité (sociale et financière), les enjeux résident dans la mauvaise gouvernance ayant pour conséquence l'incitation des travailleurs de santé à partir et une aggravation des effets néfastes sur le système de santé local, notamment une diminution de professionnels pour assurer la prestation des soins à l'échelle de la population générale (91). Sur le plan opérationnel, il concerne particulièrement les travailleurs de santé, les conditions de travail, notamment, et leur rémunération (91). Les principaux obstacles à l'application de cette politique sont la mauvaise gouvernance, qui se traduit par une laxité et un manque de sérieux des parties prenantes locales à exercer leur fonction de surveillance avec les recruteurs, un manque de consensus sur les rôles de chaque partie prenante et une absence marquée de différents acteurs de la société civile (91).

4.2.8. Liens entre le modèle Push-Pull, le Code de pratique mondiale et les accords bilatéraux

L'application du Code et l'établissement d'accords bilatéraux interviennent directement dans la régularisation des effets de la théorie Push-Pull. En conséquence, il est possible de dire que cette théorie nous communiquerait des informations qui pourraient nous permettre de mieux comprendre la migration. L'OMS essaie de responsabiliser les parties prenantes en utilisant le code, sachant que ce phénomène pourrait perdurer et aurait des effets négatifs sur les systèmes de santé des pays d'origine. Dans ce cas, l'OMS encourage la signature d'accords bilatéraux entre les différentes parties prenantes qui serait considéré comme un élément d'opérationnalisation dudit code. L'investissement dans la formation du personnel médical pourrait aider à combler le fossé qui existe à la suite du départ du personnel qualifié dans les pays d'origine. Le renforcement du système de santé dans les pays d'origine affectera les facteurs d'incitation et la rétention du personnel de santé.

4.3. Résultats des entrevues

4.2.1. Description des participants de l'étude

Nous avons interviewé 7 (sept) participants travaillant dans des institutions telles que l'ESPUM, le ministère de la Santé et de la population (MSPP) en Haïti, ainsi que l'OMS. Notre population d'étude était constituée de 3 hommes et 4 femmes, tous experts en gestion des ressources humaines, bien au fait du recrutement international, ayant travaillé sur des coopérations entre Haïti et le Québec, qui nous ont fourni des informations riches au regard de nos thématiques. Des noms d'emprunt leur ont été attribués dans le cadre de la présentation de ces résultats.

Tableau 1 : Données sociodémographiques des participants de l'étude

Sexe	Robert <i>M</i>	Ainault <i>M</i>	Elise <i>F</i>	Marie <i>F</i>	Geneviève <i>F</i>	Mercy <i>F</i>	Colin <i>M</i>
Âge	<i>68 ans</i>	<i>61 ans</i>	<i>44 ans</i>	<i>54 ans</i>	<i>49 ans</i>	<i>56 ans</i>	<i>55 ans</i>
Institution	<i>MSPP</i>	<i>ESPUM</i>	<i>OMS</i>	<i>MSPP</i>	<i>ESPUM</i>	<i>ESPUM</i>	<i>ESPUM</i>
Pays de résidence	<i>Haïti</i>	<i>Canada</i>	<i>Népal</i>	<i>Haïti</i>	<i>Canada</i>	<i>Canada</i>	<i>Canada</i>
Expériences de plus de deux ans en coopération internationale Québec/Haïti	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
Connaissances du recrutement international	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
Profil	<i>Consultant</i>	<i>Consultant</i>	<i>Cheffe de département</i>	<i>Coordonnatrice de projet</i>	<i>Consultante</i>	<i>Consultant</i>	<i>Consultante</i>

- *F : Féminin, M : Masculin*

4.3.3. Présentation des résultats

Quel est le potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration du personnel infirmier haïtien ? Pour répondre à notre objectif principal, question et sous-questions de recherche, nous avons interrogé des participants imbus de la situation en Haïti et à Québec, sur la migration des travailleurs de santé, en particulier les infirmiers haïtiens. Nous avons trouvé la réponse à notre question de recherche principale au cours de notre analyse thématique. Nous avons amélioré notre compréhension des concepts du modèle théorique, de l'intervention et de sa mise en application grâce aux entrevues réalisées. Des suggestions ont été faites afin de réduire les effets de la migration des infirmiers haïtiens au Québec.

4.3.4. Pénurie de main-d'œuvre en santé, compréhension et solutions proposées

4.3.4.1. Compréhension

La pénurie est un phénomène mondial qui affecte tous les pays, qu'ils soient riches, à revenus intermédiaires ou faibles, et qui se manifeste dans divers secteurs de la santé. Le Québec n'en est pas exempt. Des éléments tels; la démission, la réorientation et la Covid-19 ont joué un grand rôle dans l'aggravation de cette pénurie selon les perspectives de nos participants.

Colin et Ainault sont convaincus que la réorientation et le problème de rétention sont deux causes majeures de la pénurie de main-d'œuvre en santé au Québec :

Beaucoup de personnes ont décidé de se réorienter vers des domaines ou des activités dans lesquels ils peuvent avoir le même niveau de salaire ou même plus, mais avec des conditions de travail qui leur donnent plus de confort, plus de flexibilité, une meilleure qualité de vie personnelle et de vie de famille (Colin, participant du Québec).

Geneviève partage son avis avec nous : « *La pandémie est venue exacerber les difficultés qu'on avait, les points faibles des conditions de travail, les disparités entre différentes catégories professionnelles* » (Mercy, participante de Québec).

4.3.4.2. Solutions envisagées

Les solutions proposées par les participants visent l'augmentation de l'effectif des infirmiers disponibles, l'amélioration de leur rétention, la valorisation de la profession infirmière et

l'attraction de nouveaux candidats dans les filières de formation. Les approches à court terme comprennent l'immigration d'infirmiers étrangers, notamment ceux d'Haïti, tandis que les stratégies à long terme impliquent la formation et la réforme des conditions de travail des infirmiers.

Colin donne ses perspectives pour Québec : « *par exemple quand on attire les étudiants, quand les étudiants arrivent, qu'est-ce qu'on peut encore continuer à faire pour les retenir, l'accompagnement, le soutien et la persévérance pour éviter les abandons* » (Colin, participant du Québec).

Colin, Geneviève, Mercy, Robert, Elise et Marie partagent leur avis concernant la composante de la migration du personnel de santé, notamment le personnel infirmier haïtien :

Si je me fie aux démarches d'immigration ciblées du gouvernement fédéral, ils font une modélisation en fonction des besoins des professionnels. On pourrait faire le même calcul dans différents domaines des réseaux de la santé et les modéliser pour voir combien de personnes qui vont à la retraite dans l'année prochaine et dans les 10 ans. Et sur la base de ces calculs-là, on établit une prévision sur une base annuelle, par domaine » (Colin, participant du Québec).

Geneviève partage son avis sur l'opérationnalisation du recrutement dans les pays en développement comme Haïti :

Il devait avoir des programmes d'appui aux universités, pour les personnels de santé. Et tout ça serait donnant-donnant. J'appuie, j'améliore, j'appuie l'amélioration de la qualité de la formation dans ton programme et après toi tu reviens. Et, il y a comme un échange, on a 20%, ça revient chaque 3 années. » (Geneviève, participante du Québec)

Ainault, de son côté, croit que la migration des travailleurs de santé reste une solution à court terme.

Ça peut aider temporairement, mais dans un contexte où tous les pays sont dans une situation de pénurie, c'est un peu illusoire de croire que l'on peut simplement compter sur le recrutement à l'étranger. C'est une solution à laquelle beaucoup de pays ont recours, ça ne devrait pas être la solution miracle. C'est plutôt une solution d'appoint, avec des limites importantes (Ainault, participant du Québec).

Ainault et Geneviève encouragent l'utilisation efficace des ressources étrangères présentes au Québec : « *Si les personnes sont déjà formées, les mettre à niveau, les faciliter dans des écoles et au niveau familial aussi, les accompagner à faire la validation le plus rapidement possible* » (Geneviève, participante du Québec).

Colin nous rappelle qu'il y aurait une façon de procéder à l'opérationnalisation de cette perspective :

Donc, sans provoquer une révolution l'État peut s'asseoir avec les ordres professionnels pour regarder, sans baisser les standards, comment on peut rendre le processus d'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger un peu moins complexe, moins fastidieux, plus systématique pour attirer plus de professionnels étrangers qui veulent intégrer la profession (Colin, participant du Québec).

4.2.4. La théorie Push-Pull dans le cadre de la migration des infirmiers haïtiens au Québec

Dans cette partie, nous abordons les facteurs Push et Pull expliquant les raisons qui poussent les infirmiers haïtiens à se diriger dans des destinations d'attraction comme le Québec.

4.2.4.1. Facteurs Push : incitation à partir

Le sous-financement des systèmes de santé, les conditions salariales peu attrayantes et le taux élevé de chômage des professionnels de la santé seraient les raisons de la pénurie de professionnels de la santé dans les pays moins nantis, comme Haïti. De nombreux professionnels de la santé qualifiés tels que les infirmiers émigrent vers des destinations offrant de meilleures conditions en raison de facteurs tels que les crises socio-économiques, l'insécurité et le désir de développement professionnel. En raison de la mondialisation, cette tendance à la migration est devenue plus répandue au cours des dix dernières années.

Facteurs économiques

Selon tous nos participants, les raisons économiques constituent les premiers facteurs d'incitation au départ des professionnels de santé dans les pays d'origine.

Robert nous dit ceci sur les infirmiers haïtiens :

L'infirmière aujourd'hui dans le système public en Haïti c'est quelqu'un qui touche moins de 50 000 gourdes, pour savoir ce que ça représente aujourd'hui, il faut diviser par 150. L'infirmière est obligée de travailler le jour dans un hôpital, l'après-midi dans un autre et la nuit dans un 3e pour arrondir ses fins de mois (Robert, participant d'Haïti).

Colin vient corroborer cette opinion avec ses expériences dans les milieux les moins nantis, notamment Haïti :

Dans les pays moins nantis où je travaille, un des éléments que j'ai relevé dans mes lectures et dans mes échanges, c'est que définitivement, ce sont les faibles niveaux de salaire, les instabilités, l'insécurité et les conditions de travail difficiles qui amènent les gens à quitter tout simplement leur pays vers d'autres pays à la recherche d'un mieux-être (Colin, participant du Québec).

Facteurs sociopolitiques

Les professionnels de santé étrangers sont incités à migrer en raison de l'instabilité sociopolitique, ce qui entraîne des mouvements Sud-Nord et Sud-Sud, en particulier en Haïti. Pour une structuration efficace du schéma de migration, une meilleure compréhension et des données probantes s'avèrent nécessaires en raison de cette complexité.

Robert nous exprime son avis :

Écoutez, mon fils de 35 ans qui a aussi un enfant, prenons l'hypothèse que lui il part au Canada et que son enfant est inséré dans le système d'éducation canadien. Il ne va plus revenir en Haïti avant que son fils à lui termine ses études. Parce qu'il ne va pas prendre le risque de revenir dans un pays instable, insécure » (Robert, participant d'Haïti).

Mercy et Geneviève partagent également le même avis :

Et pour dire qu'il y avait quand même cette résilience et ce désir de rester malgré tout et des contextes très compliqués. Et il y a la crise de 2010 en Haïti, c'est un tremblement de terre, il y a eu plus de 200 000 personnes qui sont mortes, mais mes amis restaient là-bas. Et c'est maintenant qu'ils doivent quitter pour les États-Unis, pour le Canada ou pour la France et d'autres pays-là du Nord, mais c'est quelque chose que j'ai observé personnellement et dans mon travail très récemment » (Mercy, participante du Québec).

Facteurs professionnels

La formation continue et le développement professionnel figureraient également parmi des motifs de départ.

Elise nous dit ceci : « *Comme vous le savez, il y a la voie de l'éducation où les gens partent, ils y vont en tant qu'étudiants et ensuite ils travaillent* » (Elise, participante de l'OMS).

Ainault soulève un autre aspect en rapport avec les facteurs professionnels en disant :

Le problème souvent c'est que les pays moins développés, ils forment et une fois que ces gens sont formés, ils ne sont pas utilisés non plus. Ils ont du mal à trouver un emploi et quand ils ont un emploi, c'est dans des

conditions où ils ne peuvent pas utiliser leurs talents, leurs compétences et puis ils veulent partir (Ainault, participant du Québec).

Les différentes raisons qui poussent les professionnels de santé à partir sont les mêmes, selon les avis des experts rencontrés au cours de l'étude. Ces facteurs d'incitation dits « Push » sont classiques de la migration et sont présents généralement dans les pays d'origine comme Haïti.

4.2.4.2. Facteurs Pull : attraction

L'objectif primordial d'un système de santé serait de protéger et prendre soin de la population. De ce fait, gérer la pénurie de personnel de santé représente une obligation morale et légale. Le Québec attire des professionnels qualifiés de pays en développement comme Haïti, en offrant des avantages tels que la stabilité socio-économique et des opportunités pour leurs familles, ce qui stimule leur migration en raison de la précarité, de l'instabilité politique, et du désir de développement professionnel.

Colin donne son avis pourquoi le Québec devrait attirer les travailleurs de santé : « *on a un déficit au Canada et au Québec, on a un déficit démographique, on compense ce déficit-là avec l'immigration* » (Colin, participant du Québec).

Ainault partage son avis sur le fait que cette migration peut se faire indépendamment des facteurs d'attraction mis en place par le Québec :

Il y a beaucoup de professionnels haïtiens qui émigrent vers le Québec, mais qui émigrent de leur propre chef donc, ils n'émigrent pas parce que ça fait partie d'une entente, mais ce sont les gens qui émigrent au Québec pour de meilleures conditions professionnelles, pour de meilleures conditions de vie, et puis ça va continuer sans doute, indépendamment des ententes bilatérales » (Ainault, participant du Québec).

Robert nous explique clairement quelques avantages qui pourraient intéresser un infirmier haïtien :

Donc, vous offrez à un jeune professionnel haïtien aujourd'hui un contrat au Canada, il va arriver, il aura une maison, ses enfants vont aller à l'école, etc., il est pris à la gorge sur le territoire haïtien où on a pratiquement tous ceux qui ont décidé de rester dans ce pays ont pratiquement arrêté de vivre, et bien il partira (Robert, participant d'Haïti).

Comme nous l'explique Everett Lee dans son modèle conceptuel, ces facteurs d'attraction, également appelés facteurs Pull, seraient toujours en binôme avec les facteurs d'incitation et influenceraient la décision de migration. Ainsi, en vue d'obtenir un équilibre à cette situation, l'OMS encourage donc fortement l'utilisation du Code de pratique, notamment l'élaboration et la signature d'accords bilatéraux.

4.2.5. Le modèle d'intervention : le Code de pratique mondiale de l'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé a adopté le Code de pratique mondiale pour réduire les effets néfastes de la migration sur le système de santé des pays d'origine comme Haïti. Également, pour maximiser les bénéfices de la migration pour les pays d'origine, de destination et les travailleurs de santé étrangers. Il reconnaît l'importance des agents de santé dans la réalisation du droit à la santé pour tous tout en évitant de nuire à d'autres pays. Les accords bilatéraux intéressant notre objectif d'étude sont favorisés par le Code.

Enjeux liés à la mise en œuvre du Code

Les objectifs du Code restent inchangés malgré les préoccupations concernant sa mise en œuvre et les disparités présentes. Il favorise la migration éthique en favorisant la coopération internationale, l'investissement dans les systèmes de santé et la collecte et le partage de données sur le personnel de santé. En revanche, on peut rencontrer des enjeux principalement liés à sa mise en œuvre, entre autres; des enjeux d'équité, des enjeux liés à sa vision macroscopique et des enjeux liés à sa divulgation.

Elise nous partage ses perspectives qui ne diffèrent pas de celles de Robert, Ainault et Mercy :

Il existe des possibilités de travail, des salaires et des avantages sociaux attrayants dans les pays à revenu élevé avec lesquels les pays à revenu faible et intermédiaire ne peuvent pas rivaliser. Les pays d'origine doivent donc adapter leurs stratégies appropriées pour retenir les agents de santé » (Elise, participante de l'OMS).

Colin nous dit « *Ce sont des vœux, c'est comme des recommandations. On recommande, on suggère, mais il n'y a pas moyen de mettre en place, ce n'est pas possible d'ailleurs de mettre en place une régulation à l'échelle mondiale pour résoudre ce problème* » (Colin, participant du Québec).

Mercy nous fait savoir que : *« Je travaille dans la coopération entre le Canada et Haïti depuis à peu près 10 ans, ça ne fait pas longtemps là que je suis au courant de ce code de pratique »* (Mercy, participante du Québec).

4.2.6. Les accords bilatéraux

En examinant divers aspects, tels que le type d'accord, le contenu et les défis liés à sa mise en œuvre, nous abordons, dans cette section, les objectifs et le potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec. Ils sont considérés comme un élément essentiel du projet de recherche et sont proposés pour renforcer le système de santé haïtien et le développement des professions santé en Haïti. Les besoins d'Haïti, du Québec et des travailleurs de la santé devraient être pris en compte dans la signature d'accords bilatéraux entre ces deux parties prenantes. Jusqu'à présent, aucun des participants n'a été informé ou n'a connu l'existence d'accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec.

Pour reprendre les propos d'Ainault : *« Je ne suis pas au courant des ententes qu'il y a au niveau des travailleurs de santé dans le cadre de la migration entre le Québec et Haïti »* (Ainault, participant du Québec).

4.2.6.1. Type de couverture

Cette partie concerne la nature de l'accord ou de la collaboration entre les deux parties prenantes

Outil de régularisation de la migration du personnel de santé étranger

Les gouvernements peuvent déterminer le nombre et le type de professionnels de la santé qui partent grâce à ces accords qui régulent la mobilité et la migration des travailleurs de la santé.

Elise nous dit que : *« c'est le seul moyen pour les gouvernements de spécifier le nombre et le type d'agents de santé qui peuvent partir, d'assurer une mobilité ordonnée et de protéger les droits et le bien-être des travailleurs de la santé migrants »* (Elise, participante de l'OMS).

Action spécifique sur le recrutement international

Selon les participants, les accords bilatéraux pourraient structurer l'axe du recrutement international des infirmiers en Haïti, si on veut être réaliste, car l'application du Code de pratique en soi pourrait constituer un enjeu.

Mercy nous exprime son avis :

Peut-être le recrutement international qui va être un petit peu plus encadré. C'est sûr, puis j'essaie toujours là de penser à des recommandations réalistes là parce que l'enjeu c'est l'opérationnalisation et quand on voit comment ça se fait dans la vraie vie, ça devient très lourd là (Mercy, participante du Québec).

4.2.6.2. Type de contenu

Les éléments qui maximisent les avantages pour les pays d'origine, les pays de destination et les travailleurs de la santé, notamment les infirmiers haïtiens, dans le processus de migration sont inclus dans cette catégorie.

Identification des besoins

Il est important que Haïti et Québec définissent leurs besoins respectifs dans la signature des accords bilatéraux. Ceci permettrait de réaliser des interventions ciblées pouvant maximiser leurs bénéfices.

Robert partage son avis avec nous : « *On devrait toujours poser le problème de cette manière : quels sont mes intérêts, quels sont les tiens, ou est-ce que nos intérêts convergent, comment peut-on faire en sorte de mettre en place quelque chose où on sera tous les deux, gagnant* » (Robert, participant d'Haïti).

Formation

Un accord bilatéral entre Haïti et Québec pourrait inclure des éléments visant le soutien à la formation du personnel infirmier haïtien dans divers services tels que la santé mentale, les urgences, la dialyse et la chirurgie. Cette stratégie viserait à reproduire et à renouveler leur main-d'œuvre de manière durable et respectable.

Colin nous dit ceci :

Il serait possible de mettre en œuvre cette stratégie en mobilisant les ressources humaines québécoises, qu'elles soient actives ou retraitées, qu'elles soient présentes ou virtuelles, afin de transmettre leurs connaissances aux jeunes professionnels du milieu haïtien. Ils pourront venir au Canada après, mais ils devront travailler pendant un certain nombre d'années dans leur pays d'origine. Il s'agit d'une forme de financement qui ne consiste pas exactement à donner de l'argent à quelqu'un, mais plutôt à financer les professeurs qui transmettent leur savoir, car cela a un coût (Colin, participant du Québec).

Elise, Ainauld, Marie, Robert, Geneviève et Mercy partagent le même avis :

« L'accord peut porter sur l'investissement dans l'établissement d'une structure d'éducation ou sur le soutien à une faculté. Cela dépend des besoins individuels. C'est ainsi que l'accent est mis sur l'éducation » (Elise, participante de l'OMS).

On pourrait aussi rehausser les capacités sachant qu'une bonne partie de ces travailleurs au bout du compte finiront par atterrir au Québec, souvent de manière volontaire. Moi je verrais une contribution en ce sens-là (Ainault, participant du Québec).

Renforcement des capacités du système de santé haïtien

Les accords bilatéraux peuvent aider les pays d'origine comme Haïti à renforcer leur système de santé afin d'améliorer les conditions de travail et la rétention locale de son personnel infirmier.

Ainault partage son avis avec nous :

C'est de voir en sorte comment les pays riches peuvent compenser, un tant soit peu les pays moins développés, par des programmes de renforcement de capacité et des programmes de renforcement des systèmes de santé, et en espérant que par ces programmes-là ils vont faciliter aussi la rétention de la main-d'œuvre locale dans ces pays-là (Ainault, participant du Québec).

Mercy exprime son idée sur le renforcement du système de santé :

Donc un des exemples c'est d'appuyer un ministère ou des universités, d'être en mesure de former des compétences qualifiées pour leurs besoins. Moi je crois plus à l'appui à la planification et si possible [...], puis ça je rêve encore. C'est quelles sont les mesures qui sont mises en place pour nous assurer que ça ne fait pas un trou dans les systèmes de santé ou dans les organisations qui vont perdre du personnel » (Mercy, participante du Québec).

4.2.6.3. Type d'entente

Cette partie regroupe les différents types de collaboration et les accords politiques qui définissent les accords.

Signataires des accords

L'importance d'avoir une représentation suffisante des parties prenantes lors de la signature des accords, y compris des ministères de la Santé, est mise de l'avant. Cela permettrait d'améliorer la prise de décision et de favoriser des accords avantageux pour les pays d'origine, de destination et les travailleurs de santé.

Elise nous dit ceci :

Ce que nous avons donc recommandé, c'est que pour que les accords ou la mobilité soient éthiques, les ministères de la Santé doivent être présents à la table des négociations. Nous avons donc commencé par renforcer la capacité de ces ministères à dire, OK, en retour, nous avons besoin de ceci, nous avons besoin d'investissements dans ce domaine (Elise, participante de l'OMS).

Conditions liées à l'accord

Dans un contexte d'échange dans les accords bilatéraux, il est possible que le travailleur puisse retourner dans son pays d'origine après avoir suivi une formation à l'étranger. Cependant, ce retour serait soumis à certaines conditions, notamment la préparation de l'environnement et la garantie d'un emploi dans l'institution signataire de l'accord. Grâce à l'expérience acquise dans des systèmes de santé plus avancés et à une formation de haut niveau, cette méthode contribuerait à renforcer les capacités des institutions de santé.

Il est important de noter que cette condition ne serait pas toujours respectée, car une fois que les professionnels de la santé sont établis dans un environnement stable, il n'est pas toujours facile de retourner dans un contexte instable et il s'avère impossible de les contraindre à partir.

Mercy nous exprime son avis :

On en parle aussi à notre bureau de dire bon, on est capable pour tant d'années de donner ça, mais après, les personnes peuvent rentrer. Mais au niveau du réalisme de telle mesure là, je ne crois pas que ça va être possible. Mais je sais que ça s'est parlé puis c'est ce qu'on souhaiterait, mais faut pas être trop naïf non plus là » (Mercy, participante du Québec).

Colin partage son avis avec nous :

Dans le cadre d'une entente bilatérale entre le Québec et Haïti, ces gens avant de quitter Haïti, ils peuvent signer aussi une entente, au terme de leurs études et de l'année de socialisation, ils retourneront en Haïti pour 3 ou 4 ans. Et ça, le gouvernement haïtien met en place des moyens ou éviter le maximum de déperdition dans ce processus (Colin, participant du Québec).

4.2.6.4. Potentiel des accords bilatéraux

Avec la mondialisation, il est devenu plus qu'important que des coopérations d'entraides puissent aboutir entre les parties prenantes comme Haïti et le Québec. Elise nous donne les raisons de l'importance du soutien mutuel dans le renforcement des capacités des systèmes de santé :

Il incombe également aux pays riches de renforcer les systèmes de santé dans les pays dont les systèmes de santé sont plus faibles. La COVID-19 nous a montré qu'aucun pays n'est une île, si le système de santé d'un pays est incapable d'atténuer une épidémie mortelle, alors ce n'est peut-être qu'une question de temps avant qu'elle n'atteigne ailleurs et qu'elle affecte non seulement le secteur de la santé, mais aussi les sociétés et l'économie globale » (Elise, participante de l'OMS).

4.2.6.5. Enjeux liés à l'élaboration et à la mise en œuvre des accords bilatéraux

Signataires des accords

Les composantes intégrantes doivent être définies par des entités concernées et bien au fait de la situation. Mercy et Elise nous font savoir que si l'on veut vraiment que ce soit profitable à tous, la représentativité de tous les secteurs concernés est incontournable.

Elise nous exprime son avis :

Souvent, ceux qui sont assis à la table pour négocier des accords sur la migration des travailleurs de la santé n'incluent pas les acteurs de la santé, ce sont les ministères du Travail ou les ministères des Affaires étrangères ou du Commerce qui dirigent ces accords. Dans de tels cas, les ministères de la Santé ou les acteurs de la santé peuvent être consultés, mais ils n'auront pas leur mot à dire, car la position des ministères de la Santé est souvent faible (Elise, participante de l'OMS).

Dynamique de pouvoir dans la signature des accords bilatéraux

La migration devrait être bénéfique pour tous, mais en raison des inégalités fondamentales entre les parties prenantes comme Haïti et le Québec, il peut y avoir un manque d'équilibre. Les décisions seraient souvent influencées par les rapports de pouvoir, et les pays de destination sont parfois les seuls gagnants de la migration.

Elise nous souligne que :

L'histoire de la dynamique du pouvoir et le déséquilibre de pouvoir existant désavantagent souvent le pays d'origine lorsque le mouvement se déroule d'un pays à faible revenu vers un pays à revenu plus élevé. Les pays

ne sont donc pas à un niveau égal lorsqu'ils sont assis à la table des négociations elle-même (Elise, participante de l'OMS).

Divulgence des accords bilatéraux

L'enjeu dans la divulgation des accords bilatéraux réside dans la nécessité de les rendre transparents et reconnus. La cohérence des actions et des stratégies de planification est favorisée par cette transparence, ce qui est particulièrement important dans un pays comme Haïti, où de nombreuses instances internationales sont présentes.

Mercy nous relate ses expériences :

On peut travailler sur des programmes de formation infirmière ou de médecins de famille et parfois donc, même si nos projets sont financés par le Canada, on arrive par exemple à l'université où on va travailler avec nos collègues dans un pays et on va avoir le bureau du Québec qui arrive en même temps pour venir faire du recrutement et personne n'est au courant. Il n'y a pas de discussion ou de diffusion de l'information » (Mercy, participante du Québec).

Il y aurait de l'incertitude quant aux actions nécessaires et à l'importance de certaines stratégies lorsque les accords bilatéraux ne sont pas transparents. Les organisations travaillant dans ce domaine sont affectées par le manque de connaissance de l'existence ou non d'accords bilatéraux, créant une zone d'ombre.

Enjeux d'équité

On part du principe que ce ne sera jamais équitable entre les pays d'origine et de destination, car il existerait des écarts trop importants en termes de fonctionnement, d'infrastructure et de capacités. Les participants affirment qu'il est nécessaire de soutenir la formation dans les pays d'origine comme Haïti.

Robert nous dit ceci : « *Les rapports sont tellement inégaux, je vois difficilement comment on peut arriver à mettre en place des mécanismes* » (Robert, participant d'Haïti).

Colin avoue que :

Ce ne sera jamais équitable, mais il y a une sortie d'un certain nombre de professionnels qui viennent au Québec ou ailleurs. Mais il y a un renouvellement, une rentrée qui est assez massive et de qualité qui pourrait faire en sorte que les gens qui vivent de l'autre côté continuent à avoir des soins et des services de

qualité, parce qu'il y a une main-d'œuvre relativement suffisante et de qualité qui est sur place, c'est comme ça que je le vois » (Colin, participant du Québec).

Liés à l'instabilité en Haïti

L'instabilité politique et sécuritaire qui sévit en Haïti peut entraver la mise en œuvre des accords bilatéraux.

Ainault souligne ceci :

Le renforcement des capacités du système de santé en Haïti pour que les professionnels de santé soient plus intéressés de rester pour exercer leur profession, ça peut être des choses qui peuvent être envisagées. Mais en même temps, dans le contexte actuel d'Haïti, tout ça reste presque secondaire avec l'instabilité politique. Est-ce qu'on peut même parler d'aller faire ce type d'entente dans le contexte de gouvernance actuelle en Haïti où il n'y a pas d'état, où l'état est complètement défaillant ? Je ne sais pas (Ainault, participant du Québec).

4.2.7. Suggestions/Recommandations

Les participants ont émis des recommandations pour améliorer l'élaboration et la mise en œuvre des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec.

Délimitation géographique

Colin ne partage pas l'idée d'un accord bilatéral entre le Québec et Haïti, car pour lui, les accords se font avec le gouvernement fédéral. Le Québec étant une province, il pourra établir des ententes avec Haïti : *« il ne peut pas y avoir d'accord bilatéral entre Haïti et le Québec sur le plan plus diplomatique, parce que le Québec c'est une province du Canada, ça relève du fédéral. Mais il peut y avoir des ententes »* (Colin, participant du Québec).

Intersectionnalité

L'intersectionnalité dans ce type d'étude est à prendre en compte dans tout le processus. La profession étant féminisée, la représentativité des femmes à la table des négociations et lors de l'élaboration des accords bilatéraux, jusqu'à la migration, s'avère primordiale. Ceci pourrait avoir un effet direct sur les prochains programmes d'intervention.

Mercy partage son avis :

Il y avait quand même la situation spécifique des femmes en santé qu'il va falloir documenter. Il faudra y faire attention parce que ça va changer aussi nos programmes d'intervention dans les pays. Par exemple moi, je vois très bien avec tout ce mouvement puis ce code de pratique, qu'on s'attarde davantage à créer de meilleures conditions pour les femmes et les hommes professionnels de la santé dans les pays où on intervient. Mais, ces conditions de travail doivent tenir compte des iniquités de genre et entre les sexes (Mercy, participante du Québec).

Documentation des données sociodémographiques du personnel infirmier haïtien au Québec

Mercy souhaite connaître les statistiques de départ des professionnels de la santé haïtiens qui arrivent au Québec. Elle souhaiterait également que les accords bilatéraux entre Haïti et le Québec incluent les agents de santé communautaires (ASCP). Elle considère qu'ils sont une composante importante du système de santé haïtien, malgré leur faible probabilité de migration.

Mercy nous déclare : « *Donc je ne vois pas où dans les bases de données au ministère de la Santé actuellement ces personnes se retrouvent et comment on fait pour savoir si elles ont quitté ou pas* » (Mercy, participante du Québec).

Plaidoyer et solidarité

Les participants souhaiteraient que des plaidoyers se fassent dans les universités au Québec afin de sensibiliser les paliers provinciaux et fédéraux sur la problématique afin d'avoir une cohérence dans leurs actions. Colin préconise que les pays à faibles revenus confrontés à la migration massive de leurs travailleurs de santé fassent un plaidoyer pour que les pays à revenu élevé soutiennent la formation et le développement de leurs systèmes de santé. Il insiste sur la nécessité de considérer ce problème du point de vue de la santé des populations, favorisant la compassion et la solidarité entre les pays d'origine et de destination. Il encourage une approche réaliste, reconnaissant qu'il y aura des défis à surmonter dans le processus.

Mercy exprime son point de vue sur la question :

Il doit y avoir des plaidoyers, on doit documenter, on doit mieux comprendre ce qui est en train de se passer, on doit sensibiliser des gouvernements, des ministères. Et, le travail que vous faites là puis d'autres chercheurs et chercheuses c'est important. Mais la notion de plaidoyer est entre différents secteurs et ministères hein (Mercy, participante du Québec).

Colin donne son avis :

Faisons des pas de chaque côté, on va essayer de commencer à mettre en place des ententes pour pallier ça, pour laisser la liberté aux gens de circuler. Mais en même temps aussi, adopter une attitude éthique qui permet de réduire l'impact négatif sur la santé des populations des pays de départ des gens (Colin, participant du Québec).

Colin atteste que : « *quand on parle d'un monde plus équitable, un monde plus solidaire, un monde plus juste, c'est un des domaines où cette équité, solidarité, cette justice peut se montrer le plus rapidement, le plus facilement* » (Colin, participant du Québec).

Chapitre 5 – Discussion

La discussion se fera selon le plan du cadre conceptuel. Elle prendra en compte, la pénurie de la main-d'œuvre en santé, les motifs de migration, le Code de pratique mondial de l'OMS, le contenu des accords bilatéraux et des enjeux dans l'élaboration et la mise en œuvre du Code.

Elle est une prolongation de notre recherche visant à mettre en avant les différentes conclusions à partir des données empiriques et des réflexions découlant de notre analyse.

5.1. Opinions autour de la pénurie de main-d'œuvre en santé

Concernant la pénurie de main-d'œuvre en santé, il est évident qu'il s'agit d'un phénomène mondial (2, 28, 97). Dans le cas du Québec, le rapport du groupe national de travail sur les effectifs de juin 2022 a indiqué que la pandémie a aggravé la pénurie (38). Chanteur nous a présenté la pénurie en matière de ratio d'infirmiers/patients, notamment d'effectifs (35). Un avis qui est partagé par nos participants, Mercy, Robert, Elise, Colin, Geneviève et Marie. En revanche, les perspectives de Ainault concernant la pénurie en termes d'effectif divergent des autres. L'OMS estime que 43% des pays de la région Amérique comme Haïti, la Jamaïque et la République dominicaine comptent moins de 30 infirmières pour 10 000 habitants en 2023 (31). Cette information reflète les problèmes de certains pays d'Afrique comme le Sénégal, la Côte d'Ivoire, le Maroc et le Ghana qui alertent sur leur fuite de personnel, bien qu'il n'y ait pas de données statistiques évoquées pour l'instant (79, 80, 83). Ce qui pourrait aiguiller notre compréhension sur l'impact d'un départ massif sur l'accessibilité des soins dans des pays comme Haïti. L'objectif de tous ces éléments est de souligner l'importance d'investir et de structurer les formations médicales, notamment les soins infirmiers, dans des pays d'origine comme Haïti et de réguler la pénurie de main-d'œuvre en santé selon les directives du Code. Au cours des dix dernières années, certains participants affirment qu'il y aurait une augmentation de la mobilité internationale, et les professionnels de la santé, notamment les infirmiers, pourraient continuer à se déplacer. La dynamique de la théorie push-pull ne ferait que continuer (36). Enfin, la pénurie de main-d'œuvre en santé est une problématique de santé mondiale qui pourrait nécessiter une

approche multidimensionnelle, car plusieurs pays en souffrent et les effets varient d'une région à l'autre. Une attitude d'entraide dans la résolution de ce problème se révèle être cruciale, car, la pandémie nous aurait prouvé que la mobilité permet que les problèmes d'un pays puissent être transférés à un autre pays aussi rapidement qu'on puisse le penser.

5.2. Solutions proposées et enjeux liés

Il existe plusieurs solutions pour tenter de résoudre ce problème de pénurie, mais la migration de travailleurs de santé étrangers, notamment les infirmiers, est courante dans plusieurs pays de l'OCDE (79). L'OMS, dans son Code de pratique mondiale, souligne que la migration pourrait être l'une des solutions, qui est d'ailleurs inévitable (22). Elle souhaite juste que les responsabilités éthiques soient assumées durant ce processus (22). Les opinions de nos participants divergent sur l'efficacité de cette solution. Les perspectives de Mercy, Robert, Marie, Geneviève et Colin montreraient plus une augmentation de la main-d'œuvre infirmière dans les différentes structures de santé et convergeraient vers les perspectives de l'OMS et de certains pays de l'OCDE, tandis que celles d'Ainault divergent en restant croire que c'est une solution temporaire. La compromission de la couverture universelle de santé des pays d'origine serait réelle et plusieurs pays ont tiré la sonnette d'alarme comme nous l'avons vu dans les articles de journaux précédents (81-84). Les perspectives de nos participants ne diffèrent pas de celles des responsables de ces pays. Les résultats de l'étude soulignent l'importance d'aborder clairement les implications politiques, de recherche et pratiques de la migration des infirmiers haïtiens. L'OMS aurait prévu qu'une telle démarche augmenterait les capacités des systèmes de santé des pays ou régions s'impliquant dans la migration de personnel infirmier. Nos participants s'alignent dans cette même perspective ayant pour but de réduire les difficultés actuelles et futures liées à la migration du personnel de santé. Dans la littérature et dans nos résultats d'entrevue ressortent des suggestions telles que l'augmentation de la capacité de rétention du personnel de santé au Québec, l'application du Code de pratique mondiale de l'OMS pour équilibrer les raisons de migration et la création d'accords bilatéraux favorables au développement des systèmes de santé dans les pays d'origine et de destination. Il serait crucial que les décideurs des pays d'origine comme Haïti et des régions de destination comme le Québec puissent établir des stratégies de

réretention de leur personnel sur le long terme tout en continuant à soutenir les formations médicales pour pallier les conséquences immédiates.

5.3. Les facteurs Push-Pull

Les travailleurs de la santé peuvent quitter leur pays d'origine pour diverses raisons, qu'elles soient économiques, sociopolitiques ou professionnelles, et ces dernières décennies sont marquées par un grand mouvement de déplacement (98). Dywili S et ses collègues ont souligné que le motif économique était le principal motif de déplacement des travailleurs de santé des pays à revenus faibles (37). Une opinion qui est partagée par nos participants qui croient que ce cadre converge au contexte du personnel infirmier haïtien. Cependant, ils évoquent un autre motif important dans le cas précis d'Haïti qui est l'insécurité causant un départ remarquable des professionnels de santé, notamment les infirmiers. La migration des infirmiers haïtiens serait favorisée par l'interaction entre les facteurs d'incitation dits Push et les facteurs d'attraction proposés par le Québec qui viennent équilibrer leur vie en répondant à leurs besoins. Il serait donc important d'appliquer le Code de pratique mondiale de l'OMS afin d'équilibrer ces deux aspects et d'atténuer les effets négatifs qui en découlent.

5.4. Le Code de pratique mondiale de l'OMS

Le Code de pratique mondiale de l'OMS est ce document d'application volontaire, qui encourage la gestion éthique du personnel de migration (22). L'OMS a créé le Code comme une réponse à la gestion de cette pénurie pour laquelle elle prévoit une aggravation (16). Entant qu'institution, elle reconnaît le droit de mobilité des citoyens et est consciente de son rôle dans la standardisation des processus liés à la santé des populations (22). Ce document combien important a des objectifs clairs basés sur des principes d'équité et d'égalité pour maximiser les avantages pour toutes les parties concernées. Nos participants Robert, Colin et Ainault saluent l'élaboration de ce code dans ce contexte précis de migration, mais se doutent de son application. La signature des accords bilatéraux entre les pays d'origine et destination est l'un des éléments du Code proposés par l'OMS pour faciliter sa mise en œuvre (22). Telle perspective qui a été corroborée par notre participante Elise. Les éléments du code, notamment les accords bilatéraux, pourraient servir de levier pour améliorer les politiques publiques de santé, dans la migration des

travailleurs de santé, spécifiquement des infirmiers haïtiens au Québec. Cela pourrait aider le Québec et Haïti à identifier leurs besoins et à créer des plans pour assurer le bon fonctionnement de leur système de santé respectif. Cependant, il est crucial de noter qu'aucun accord bilatéral entre Haïti et le Québec n'a été connu des participants et dans d'autres cas, nombreux des accords même existants seraient restés dans la bureaucratie et n'auraient jamais été mis en œuvre (60). Nous nous interrogeons donc sur l'application de tels accords et sur la manière dont on pourrait les explorer afin de répondre aux objectifs de l'OMS et de les rendre utiles au Québec et à Haïti dans le cadre de migration des infirmiers haïtiens au Québec.

5.5. Comment peut-on explorer le potentiel de ces accords ?

5.5.1. Pour leur mise en œuvre

Concernant le contenu des accords bilatéraux, il y a des perspectives différentes qui surgissent, comprenant des suggestions pour la formation des professionnels de la santé haïtiens à l'extérieur du Québec ou en Haïti, avec un engagement de retour pour la prestation des soins. Elles divergent d'un participant à un autre avec pour préoccupation le retour des professionnels formés pour renforcer le système de santé haïtien. Investir dans la formation du personnel infirmier haïtien serait bénéfique et efficient pour le Québec, car, selon les avis de nos participants, cette main-d'œuvre serait formée localement et coûterait moins chère au Québec.

La décision de ne pas retourner en Haïti, où l'insécurité bat son plein après s'être installé au Québec, où toutes les conditions sont réunies pour cet infirmier qui sait qu'il ne les retrouvera pas en Haïti, est un enjeu majeur dans cette méthode. Dans une étude réalisée par Blain et collègue, il évoquent également l'existence d'un enjeu dans la validation des diplômes au Québec, surtout pour la main-d'œuvre qualifiée et non mobilisée (99). Nos participants évoquent également cette problématique de la reconnaissance des acquis des diplômés d'Haïti se trouvant au Québec comme élément intégrant d'un accord bilatéral entre les deux parties prenantes.

En établissant des directives claires pour la gestion éthique et équitable du personnel de santé, ces accords pourraient offrir l'opportunité de formaliser des mécanismes de coopération visant à atténuer les effets négatifs de la migration. Il serait donc essentiel de poser des questions sur la

capacité des parties prenantes à respecter les conditions des accords. Des mécanismes de suivi et d'évaluation rigoureux s'avèrent nécessaires pour s'assurer que les engagements stipulés dans les accords soient respectés et que les avantages escomptés pour les systèmes de santé haïtien et québécois se concrétisent efficacement.

Le renforcement des capacités du système de santé haïtien pourrait favoriser une rétention locale. Cela pourrait inclure un financement plus élevé du système de santé haïtien, plus d'emplois et de meilleures rémunérations pour les infirmiers. Cela rejoint les propositions de la commission de haut niveau sur l'emploi qui a recommandé aux présidents de la France et de l'Afrique du Sud de conclure des accords visant à créer des emplois dans le secteur de la santé sud-africain (97). On a également vu dans la littérature que le système de santé haïtien se serait retrouvé dans l'incapacité à embaucher son personnel de santé formé et à rémunérer adéquatement ceux qui sont embauchés (49). Il serait également nécessaire d'examiner la question de l'investissement visant à renforcer les capacités du système de santé haïtien. Pour mettre en place de telles initiatives, il faudrait une coordination efficace, des ressources importantes et un engagement à long terme des deux parties prenantes, tout ce qui pourrait parfois manquer dans les relations bilatérales.

5.5.2. Pour leur élaboration

L'OMS souhaiterait à tout prix que des politiques de coopération internationale soient amorcées entre les parties prenantes, mais les dynamiques de pouvoir où les pays riches seraient les seuls décideurs, au détriment du système de santé des pays d'origine, ont été évoquées par Elise. Tous les acteurs clés de la prise de décision en santé devraient être absolument pris en compte lorsqu'il s'agit de décider des aspects cruciaux de tels accords. Ils devraient absolument être autour de la table de décision : les ministères de la Santé, les ministères de l'Éducation, les ordres professionnels. Cela viserait à engendrer des politiques de santé publique adaptées à la situation impliquant une meilleure planification de main-d'œuvre, une meilleure gestion de la migration et une meilleure anticipation des effets négatifs sur les systèmes de santé des pays d'origine.

Nos participants soulignent le fait que les rapports inégaux entre les systèmes de santé des pays d'origine et de destination rendraient les possibilités d'élaboration inégales pour les parties

prenantes si des accords étaient signés. Comme l'ont démontré les études antérieures avec le Royaume-Uni, on pourrait générer des solutions gagnantes. Dans leurs accords signés avec les pays du Commonwealth, ils se sont concentrés sur la création d'emplois, la formation et le transfert des connaissances et des compétences (85). Selon les différents résultats, on pourrait donc envisager qu'il y aurait une augmentation du taux de rétention locale et un renforcement du système de santé de ces pays. Cependant, en raison de la complexité de la situation en Haïti, il serait préférable d'envisager une solution multisectorielle afin que les facteurs économiques et sociopolitiques ne nuisent pas aux efforts de rétention locale.

Limites de l'étude

L'objectif de notre étude était d'examiner le potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens au Québec. Il est crucial de réfléchir et de proposer des solutions dans un contexte de pénurie mondiale, où certaines d'entre elles constituent un enjeu de santé mondiale. Notre étude nous a permis d'utiliser un devis qualitatif exploratoire afin de recueillir des informations riches et utiles en lien avec le potentiel exploratoire de tels accords. Comme l'ont souligné nos participants, la solution devrait être collective, les différentes propositions tirées des résultats des entrevues et de l'analyse logique constituent les éléments de réponse à notre question de recherche.

Nous avons pu réaliser 7 des 11 entrevues prévues, ce qui rend la taille de notre échantillon restreinte. Cela pourrait constituer une limite susceptible d'influencer la transférabilité des résultats. Malgré cette limitation, la nature approfondie des entrevues nous a permis de recueillir des données de qualité, riches et précieuses nous permettant de nous approcher vers la saturation. Certaines de nos entrevues ont dépassé les 60 minutes. Il aurait été apprécié d'obtenir des perspectives de plus d'experts haïtiens, seulement deux ont pu participer et deux se sont retirés avant de confirmer la date de leur entrevue pour des raisons inconnues et indépendantes de notre volonté.

Chapitre 6 – Conclusion

La formation, l'innovation et la gestion de la migration des travailleurs de santé étrangers représentent quelques-unes des solutions proposées pour gérer la pénurie de main-d'œuvre en santé. Le sous-financement du système de santé en Haïti, les conditions de travail inadéquates et le manque d'intérêt des jeunes pour les professions de la santé au Québec constituent quelques-unes des causes de cette pénurie, qui varient selon les régions. Les solutions actuelles impliquent la migration de travailleurs de santé étrangers, tandis que les solutions à long terme devraient viser à améliorer la formation et les conditions de travail dans le domaine de la santé. Les facteurs Push-Pull favoriseraient l'opérationnalisation des solutions à court terme.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) met l'accent sur l'importance de protéger les ressources des pays d'origine, en particulier ceux qui ont un ratio patient-infirmier insatisfait. Elle prône des méthodes de recrutement morales et encourage les parties prenantes à renforcer leur collaboration internationale en établissant des accords bilatéraux pour éviter l'exploitation.

Les accords bilatéraux couvrent une large gamme de contenus, de couverture et de types d'entente, mais leur succès dépend de la prise en compte des besoins spécifiques des pays concernés, de la représentation des parties prenantes, de la gestion de l'instabilité politique et de la promotion d'une approche équitable de la migration internationale des professionnels de la santé. De plus, il est important que les ministres de la Santé, de l'Éducation et des femmes, ainsi que les ordres professionnels, soient activement impliqués dans ce processus décisionnel.

Le Québec devrait adopter diverses mesures, telles qu'investir dans la formation du personnel de la santé en Haïti, soutenir le renforcement du système de santé haïtien et faciliter une intégration simple et sécuritaire des infirmiers haïtiens. Cependant, la signature d'accords bilatéraux peut s'avérer complexe et mener parfois à une impasse en raison de dynamiques de pouvoir ou de longues procédures administratives.

Somme toute, les accords bilatéraux pourraient être utilisés comme un levier pour améliorer les politiques de santé publique, renforcer la coopération internationale entre le Québec et Haïti, renforcer le système de santé haïtien et faciliter l'intégration des infirmiers haïtiens dans le

système de santé du Québec. Cependant, des questions éthiques, haïtiennes, intersectionnelles et de genre devraient se poser, nécessitant un examen attentif de la faisabilité et de la volonté politique requises pour la mise en œuvre de ces accords.

L'une des options pour remédier à la pénurie de main-d'œuvre au Québec serait la migration de travailleurs de la santé étrangers. Ainsi, en abordant une problématique mondiale et préoccupante, notre étude a contribué à enrichir la littérature. L'innovation a consisté à trianguler des données pour obtenir une compréhension détaillée du potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des infirmiers haïtiens Québec.

Références bibliographiques

1. OMS. Personnels de santé : [cité le 2022-06-24T01:10:40Z]. Disponible: <https://www.who.int/fr/health-topics/health-workforce>
2. OMS | Il manque 7,2 millions de professionnels de la santé au niveau mondial : ; . Disponible: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforce-shortage/fr/index.html>
3. OMS. L'OMS et ses partenaires appellent à investir de toute urgence dans le personnel infirmier : ; . Disponible: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/04/03/default-calendar/fifth-global-forum-on-human-resources-for-health>
4. Aluttis C, Bishaw T, Frank MW. The workforce for health in a globalized context—global shortages and international migration. *Global health action*. 2014;7(1):23611.
5. Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE | READ online : 2016 [cité le 2022-06-23T12:58:41Z]. Disponible: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/les-personnels-de-sante-dans-les-pays-de-l-ocde_9789264050792-fr
6. Dubois CA, D'Amour D, Tchouaket E, Rivard M, Clarke S, Blais R. A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:286. Epub 20120828.
7. OCDE. Panorama de la santé 2019: Les indicateurs de l'OCDE: OECD.
8. Pénurie de main-d'œuvre en contexte de COVID-19 - Nouvelles mesures incitatives pour le personnel du réseau de la santé et des services sociaux et de certains partenaires : [2022]. Disponible: <https://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/penurie-de-main-doeuvre-en-contexte-de-covid-19-nouvelles-mesures-incitatives-pour-le-personnel-du-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux-et-de-certains-partenaires-37331>
9. Blain M-J, Suárez-Herrera JC, Fortin S. L'intégration professionnelle de médecins diplômés à l'étranger au Québec : un enjeu d'envergure en santé mondiale. *Anthropologie et Santé*. 2012(5).
10. McGillis Hall L, Pink GH, Jones CB, Leatt P, Gates M, Peterson J. Is the grass any greener? Canada to United States of America nurse migration. *International Nursing Review*. 2009;56(2):198-205.

11. Les infirmières qualifiées originaires d'Haïti peuvent désormais bénéficier d'un traitement prioritaire de leur demande d'immigration au Québec - Canada Immigration and Visa Information. Canadian Immigration Services and Free Online Evaluation. [communiqué de presse].

12. Chaloff J, Lemaître G. Gérer les migrations de travailleurs hautement qualifiés: Une analyse comparative des politiques migratoires et des enjeux des migrations dans les pays de l'OCDE. 2009.

13. Lee ES. A theory of migration. *Demography*. 1966;3(1):47-57.

14. Liu JX GY, Maeda A, Bruckner T, Scheffler R. Global Health Workforce Labor Market Projections for 2030 : ; . Disponible: https://click.endnote.com/viewer?doi=10.1186%2Fs12960-017-0187-2&token=WzM2ODk3MDEsIjEwLjExODYvczEyOTYwLTAxNy0wMTg3LTIiXQ.od9boBHnYeQwpTB-JWAQx_H6XQE

15. Desforges D. Les migrations des agents de santé. *Regards croisés sur l'economie*. 2010(2):125-7.

16. Organisation Mondiale de la Santé A. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé: rapport du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé: rapport du Directeur général. Organisation mondiale de la Santé, 2020.

17. santé lcdlie. Le personnel infirmier au Canada, 2020. 2021.

18. Québec IdlsdQ. Les postes vacants au Québec par trimestre : ; . Disponible: <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/postes-vacants-au-quebec-par-trimestre>

19. Clark PF, Stewart JB, Clark DA. La mondialisation du marché du travail des personnels de santé. *Revue internationale du Travail*. 2006.

20. Rolle Sands S, Ingraham K, Salami BO. Caribbean nurse migration—a scoping review. *Human Resources for Health*. 2020;18(1).

21. Tangcharoensathien V, Travis P. Accelerate Implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel: Experiences From the South East Asia Region Comment on "Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruit. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;5(1):43-6.

22. Organisation Mondiale de la Santé A. Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Organisation mondiale de la Santé, 2010.
23. Olaizola A, Sweetman A. Brain Gain and Waste in Canada: Physicians and Nurses by Place of Birth and Training. Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students. 2019:123-39.
24. Shaffer FA, Bakhshi M, Dutka JT, Phillips J. Code for ethical international recruitment practices: the CGFNS alliance case study. Hum Resour Health. 2016;14(Suppl 1):31. Epub 20160630.
25. Infirmière diplômée ou infirmier diplômé hors Canada : OIIQ; ; . Disponible: <https://www.oiiq.org/acceder-profession/exercer-au-quebec/infirmiere-diplomee-hors-canada>
26. Portrait détaillé de l'effectif infirmier au Québec ; ; . Disponible: <https://www.oiiq.org/l-ordre/qui-sommes-nous-/portrait-detaille-de-l-effectif-infirmier-au-quebec>
27. Main-d'œuvre de la santé | ICIS ; ; . Disponible: <https://www.cihi.ca/fr/main-doeuvre-de-la-sante>
28. Des solutions à la pénurie de main-d'œuvre? Oui, ça existe! : ; . Disponible: <https://www.revuegestion.ca/des-solutions-a-la-penurie-de-main-d-oeuvre-oui-ca-existe>
29. Drennan VM, Ross F. Global nurse shortages: The facts, the impact and action for change. British medical bulletin. 2019;130(1):25-37.
30. Denis JL, Côté N, Fleury C, Currie G, Spyridonidis D. Global health and innovation: A panoramic view on health human resources in the COVID-19 pandemic context. Int J Health Plann Manage. 2021;36(S1):58-70. Epub 20210301.
31. Les soins infirmiers dans la Région des Amériques - 2023 | OPS/OMS | Organisation panaméricaine de la santé : [cité le 2023-07-25T01:08:55Z]. Disponible: <https://www.paho.org/fr/sujets/profession-infirmiere/les-soins-infirmiers-dans-region-des-ameriques-2023>
32. Kuhlmann E, Blank RH, Bourgeault IL, Wendt C. The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance: Springer; 2015.
33. Adhikari R, Melia KM. The (mis) management of migrant nurses in the UK: a sociological study. Journal of nursing management. 2015;23(3):359-67.

34. État de Santé : ; . Disponible: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH_STAT&Lang=fr
35. Chanteur. Comprendre les ratios personnel - patients . Présentation par le personnel de l'ICIS à la Conférence nationale sur le leadership en santé. 2016.
36. Kline DS. Push and Pull Factors in International Nurse Migration. *Journal of Nursing Scholarship*. 2003;35(2):107-11.
37. Dywili S, Bonner A, O'Brien L. Why do nurses migrate? - a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*. 2013;21(3):511-20.
38. Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux : ; . Disponible: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003387/>
39. Bontemps A. Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la santé. *Regards* ;57(1):225-41.
40. EDSC. Système de projections des professions au Canada (SPPC) . Gouvernement du Canada. Canadian Occupational Projection System (COPS). 2014.
41. Denis J-L, Van Gestel N. Leadership and Innovation in Healthcare Governance. 2015. p. 425-40.
42. Currie WL, Seddon JJM. E-Health Policy and Benchmarking in the European Union. Dans: Kuhlmann E, Blank RH, Bourgeault IL, Wendt C, rédacteurs. *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*. London: Palgrave Macmillan UK; 2015. p. 526-42.
43. Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources for Health*. 2003;1(1).
44. Lapointe P-A. Qualité du travail et de l'emploi au Québec La: Presses de l'Université Laval.
45. Saint-Arnaud J. Le système de santé québécois et l'accès aux soins. *Éthique publique Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*. 2003;5(1).
46. Malambwe J-MK. Les immigrants du Québec: Participation au marché du travail et qualité de l'emploi. *Canadian Ethnic Studies*. ;49(2):33-52. *Canadian Ethnic Studies*.

47. Haiti Profile Page 3 - Countdown 2030 UNICEF DATA: ; . Disponible: <https://data.unicef.org/countdown-2030/country/haiti/>
48. World Health Statistics : ; . Disponible: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
49. Haiti - Plan Directeur Santé (2021-2031). : ; . Disponible: https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=en&p_isn=111772&p_country=HTI&p_classification=01.08
50. Unies OdN. Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030. 2017.
51. Health workforce : ; . Disponible: <https://www.who.int/teams/health-workforce/about>
52. Nys J-F. Les nouveaux flux de migrations médicales. Revue internationale et stratégique. 2010;77(1):24-35.
53. Nair M, Webster P. Health professionals' migration in emerging market economies: patterns, causes and possible solutions. Journal of public health. 2013;35(1):157-63.
54. Davda LS, Gallagher JE, Radford DR. Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies using framework analysis. Human Resources for Health. 2018;16(1):27.
55. Gouvernement du Canada SC. Portrait des personnes immigrantes qui exercent une profession infirmière ou d'aide aux soins de santé : [modifié le 2021-05-28]. Disponible: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2021001/article/00004-fra.htm>
56. Dimaya RM, McEwen MK, Curry LA, Bradley EH. Managing health worker migration: a qualitative study of the Philippine response to nurse brain drain. Human Resources for Health. 2012;10(1):47.
57. Ariste R, Béjaoui A, Dauphin A. Critical analysis of nurses' labour market effectiveness in Canada: The hidden aspects of the shortage. Int J Health Plann Manage. 2019;34(4):1144-54. Epub 20190404.
58. Rapport annuel de gestion des établissements publics et privés et des autorités régionales et Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services des établissements publics et privés et des autorités régionales : 2022 ; .

Disponible:

<https://g26.pub.msss.rtss.qc.ca/Formulaires/Circulaire/ConsCirculaire.aspx?enc=INYt/O3FFaw=>

59. Recommandations de Montréal relatives au recrutement : une feuille de route pour une meilleure réglementation 2021.
60. Tam V, Edge JS, Hoffman SJ. Empirically evaluating the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel's impact on four high-income countries four years after adoption. *Globalization and Health*. 2016;12(1).
61. Brugha R, Crowe S. Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruitment of Health Personnel--Ethical and Systems Perspectives. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(6):333-6. Epub 20150520.
62. Abuagla A, Badr E. Challenges to implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel: the case of Sudan. *Hum Resour Health*. 2016;14(Suppl 1):26. Epub 20160630.
63. Conseil exécutif. Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030. Organisation mondiale de la Santé, 2018 2018. Contrat No.: EB144/26.
64. Government-to-government agreements on health and social care workforce recruitment GOV.UK: 2022 [modifié le 2022-08-22]. Disponible: <https://www.gov.uk/government/collections/government-to-government-agreements-on-health-and-social-care-workforce-recruitment>
65. Pull factors et push factors (démographie) : Géoconfluences; ; . Disponible: <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/glossaire/pull-and-push>
66. Jirovsky E, Hoffmann K, Maier M, Kutalek R. "Why should I have come here?"-a qualitative investigation of migration reasons and experiences of health workers from sub-Saharan Africa in Austria. *BMC health services research*. 2015;15(1):1-12.
67. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Serv Res*. 2007;42(4):1758-72.
68. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. 6. L'analyse logique. Dans: Books O, rédacteur. *L'évaluation : concepts et méthodes*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2018. p. 117-26.

69. Kerzil J. Constructivisme. L'ABC de la VAE. Toulouse: Érès; 2009. p. 112-3.
70. Silverman D. Doing Qualitative Research. A Handbook 2000.
71. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche en soins infirmiers. 2010;102(3):23-34.
72. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets et perspectives de la vie économique. 2014;LIII(4):67-82.
73. Clarke V, Braun V. Thematic analysis. The journal of positive psychology. 2017;12(3):297-8.
74. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin; 2012. p. 231-314.
75. Sawadogo HP. Saturation, triangulation et catégorisation des données collectées.
76. Careau E, Vallée C, Vallée C. Recherche qualitative et scientificité (Trustworthiness). Guide pratique de recherche en réadaptation. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2014. p. 489-507.
77. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Pratiques Psychologiques - PRAT PSYCHOL. 2004;10:79-86.
78. Le CII demande des codes plus forts pour le recrutement déontologique des infirmières et l'investissement dans l'enseignement des soins infirmiers : [cité le 2023-06-09T02:10:20Z]. Disponible: <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-demande-des-codes-plus-forts-pour-le-recrutement-deontologique-des-infirmieres-et>
79. Pénurie de soignants : le recrutement dans les pays pauvres suscite l'indignation : 2023 [cité le 2023-06-09T01:35:17Z]. Disponible: <https://www.infirmiers.com/aides-soignants-ap/actualites/penurie-de-soignants-le-recrutement-dans-les-pays-pauvres-suscite-lindignation>
80. Miller TR, Catherine-Anne. Recrutement international des infirmières: Le pillage de ceux qui n'ont rien. 2023-04-05t09:00:00-04:00 2023;Sect. Opinions.
81. ICI.Radio-Canada.ca ZS-. Une association critique le recrutement d'infirmières dans d'autres provinces : [cité le 2023-06-09T01:29:32Z]. Disponible: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1951446/infirmiere-recrutement-nouveau-brunswick-ontario>

82. MATIN HEH, LE. La fuite des infirmiers prend des proportions inquiétantes : [cité le 2023-06-09T03:47:12Z]. Disponible: <https://lematin.ma/express/2022/fuite-infirmiers-phenome-prend-proportions-inquietantes/381623.html>
83. Ghana patients in danger as nurses head for NHS in UK - medics. 2023-06-05;Sect. Africa.
84. WHO renews alert on safeguards for health worker recruitment : ; . Disponible: <https://www.who.int/news/item/14-03-2023-who-renews-alert-on-safeguards-for-health-worker-recruitment>
85. Code of practice for the international recruitment of health and social care personnel in England GOV.UK: ; . Disponible: <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-for-the-international-recruitment-of-health-and-social-care-personnel/code-of-practice-for-the-international-recruitment-of-health-and-social-care-personnel-in-england>
86. Afrique - Royaume-Uni : Londres place le Togo, la RCI et 35 autres pays sur une liste rouge de recrutement d'agents de santé - KOACI : 2023 ; . Disponible: https://www.koaci.com/article/2023/04/12/afrique/sante/afrique-royaume-uni-londres-place-le-togo-la-rci-et-35-autres-pays-sur-une-liste-rouge-de-recrutement-dagents-de-sante_168605.html
87. Deschênes L. Des centaines d'infirmières provenant des quatre coins du monde en renfort au Québec. www.journaldequebec.com.
88. ICI.Radio-Canada.ca ZS-. Québec veut recruter 1000 infirmières à l'étranger grâce à des conditions alléchantes : 2022 [cité le 2023-06-09T01:13:50Z]. Disponible: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1862687/immigration-recrutement-infirmieres-etranger-ministre-travail-jean-boulet>
89. Nicolas_Vonarx P. Recruter des infirmières à l'international: une fierté bien discutable! : 2022 [modifié le 2022-02-21; cité le 2023-06-09T02:11:41Z]. Disponible: <https://www.lesoleil.com/2022/02/21/recruter-des-infirmieres-a-linternational-une-fierte-bien-discutable-4394fadf7b075551f95f91dff0a803ed/>
90. WHO health workforce support and safeguards list 2023 : 2023 ; . Disponible: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240069787>
91. Yakubu K, Shanthosh J, Adebayo KO, Peiris D, Joshi R. Scope of health worker migration governance and its impact on emigration intentions among skilled health workers in Nigeria. PLOS Glob Public Health. 2023;3(1):e0000717. Epub 20230106.

92. mondiale de la Santé A. Code de pratique mondial de l’OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Organisation mondiale de la Santé, 2010.
93. Rapport final du Groupe d'Experts de la Commission de haut niveau sur l’Emploi en Santé et la Croissance économique : [cité le 2023-05-06T16:15:07Z]. Disponible: <https://www.world-psi.org/fr/rapport-final-du-groupe-dexperts-de-la-commission-de-haut-niveau-sur-lemploi-en-sante-et-la>
94. Scheffler RM, Campbell J, Cometto G, Maeda A, Liu J, Bruckner TA, et al. Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses. Human resources for health. 2018;16(1):1-10.
95. Bertone MP, Witter S. The complex remuneration of human resources for health in low-income settings: policy implications and a research agenda for designing effective financial incentives. Human resources for health. 2015;13:1-9.
96. Medical Education Capacity-Building Partnerships for Health Care Systems Development. AMA Journal of Ethics. 2016;18(7):710-7.
97. Réaliser de nouveaux investissements dans les personnels de santé mondiaux permettra de créer des emplois et de stimuler la croissance économique : ; . Disponible: <https://www.who.int/fr/news/item/20-09-2016-un-commission-new-investments-in-global-health-workforce-will-create-jobs-and-drive-economic-growth>
98. Tulloch O, Machingura F, Melamed C. Health, migration and the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2016.
99. Blain M-J, Fortin S. Migration de professionnels de la santé: enjeux de reconnaissance de diplômés internationaux en médecine au Québec 1. Diversité urbaine. 2020;20(1).

8. Annexes

Annexe 1 : Grille de codage

Tableau 2 : Grille de codage

Thèmes	Sous thèmes	Codes	Sous codes
Pénurie de main-d'œuvre	Compréhension	Dans le Monde	
		Au Québec	Démission Réorientation Pandémie de Covid-19 Retraite
	Solutions	Rétention	
		Migration	Recrutement
		Innovation	Planification de main-d'œuvre Utilisation des ressources
		Formation	Valorisation de la profession Encourager les études en santé
	Migration	Raison	Facteurs Push
Facteurs Pull			
Code de pratique mondiale de l'OMS	Utilités		
	Enjeux	Équité	
		Vision macroscopique	
		Divulgateion	
Accords bilatéraux	Type de contenu		Identification des besoins Formation

			Renforcement système de santé
	Type de couverture		Régularisation Action sur le recrutement Existence
	Type d'entente		Signataires des accords Conditions liées
	Importance		
	Enjeux liés à la mise en œuvre	Signataires des accords Dynamique de pouvoir Situation en Haïti Équité Divulgateion	
Suggestions	Délimitation géographique		
	Intersectionnalité		
	Plaidoyer et solidarité		
	Documentation		

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des études et articles utilisés dans la recension des écrits

Tableau 3 : Liste des études utilisées dans la recension des écrits

Études utilisées pour la recension des écrits							
Titre	Type de document/étude	Année de publication	Pays/régions concernés	Personnels de santé concernés	Sujet principal abordé	Auteurs/journal	Conclusion des auteurs
. Global health and innovation: A panoramic view on health human resources in the COVID-19 pandemic context	Analytique/exploratoire	2021	Canada/Québec	Aide en soins, infirmiers	Ressources humaines en santé, pénurie	J. L. Denis, N. Côté, C. Fleury, G. Currie, and D. Spyridonidis	La capacité à traiter les questions essentielles de RHS est limitée par les pénuries persistantes de main-d'œuvre, les déficiences endémiques des environnements de travail et les inégalités entre les catégories professionnelles.
The Palgrave international handbook of healthcare policy and governance	Livre	2015	Chine, Inde, Union Européenne, Union Soviétique, Amérique du Nord		Politique publique, Politique sociale, Travail social et développement communautaire, Soins sociaux, Médecine/santé publique, Général, Santé publique	E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault and C. Wendt	L'un des domaines politiques les plus dynamiques de la société moderne est la santé. Bien qu'il soit confronté à de nombreux obstacles, le secteur des soins de santé participe activement à la création de modèles innovants de gouvernance des institutions, des professionnels et des services en réponse aux besoins du public.
The (mis) management of migrant nurses in the UK: a sociological study. Journal of nursing management	Étude ethnographique multisite	2015	Royaume-Uni, Népal	Infirmiers		R. Adhikari and K. M. Melia	Un aspect inévitable de la mondialisation dans le domaine de la santé est la migration internationale des infirmières. Les décideurs politiques et les infirmières gestionnaires doivent rechercher des moyens de mieux utiliser les talents de la main-d'œuvre migrante.
Comprendre les ratios personnel – patients. Présentation par le personnel de l'ICIS à la Conférence nationale sur le leadership en santé.	Rapport	2016		Infirmiers		Chanteur	

Push and Pull Factors in International Nurse Migration. Journal of Nursing Scholarship	Qualitative exploratoire	2003	Australie, Canada, Philippines, Afrique du Sud, Royaume-Uni, Irlande, États-Unis	Infirmiers	Migration, ressources humaines, pénuries, facteurs Push-Pull	D. S. Kline	Les infirmières émigrent pour des salaires et des conditions de travail plus élevés que dans leur pays d'origine. Les pays développés continuent de recruter activement des infirmières étrangères pour combler les graves pénuries, compte tenu des conditions actuelles. Tant que les pays développés ne s'attaqueront pas aux causes sous-jacentes de la pénurie d'infirmières et que les pays en développement ne s'attaqueront pas aux conditions qui poussent les infirmières à partir, la migration devrait continuer.
Why do nurses migrate? – a review of recent literature. Journal of Nursing Management.	Qualitative	2013		Infirmiers	Migration, ressources humaines, pénuries, facteurs Push-Pull	S. Dywili, A. Bonner and L. O'Brien	Les raisons de la migration des infirmières comprennent des facteurs personnels, sociaux, politiques et financiers. Même si les facteurs économiques sont souvent mentionnés, ils ne sont pas les seules causes de la migration. Cela est particulièrement évident chez les infirmières qui migrent entre pays développés. Les infirmières migrent pour diverses raisons, car elles sont confrontées à des facteurs d'attraction et de répulsion.
Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux	Rapport	2022		Infirmiers	Ressources humaines en santé, pénurie	MSSS	
Accompagner la structuration des soins primaires après la Covid-19 : un nécessaire renversement du fonctionnement des institutions publiques de la	Article	2020	France	Médical		A. Bontemps	il n'y aura pas de structuration pérenne et en profondeur des soins primaires sans un changement majeur du mode de fonctionnement des institutions publiques dans leur travail avec les professionnels de santé.
Système de projections des professions au Canada (SPPC)	Document du gouvernement	2014	Canada	Professions de la santé	Ressources humaines en santé	EDSC	
Leadership and Innovation in Healthcare Governance	Chapitre d'un livre	2015			Leadership, innovation, gouvernance	J. L. Denis, N. Van Gestel	L'innovation dans les politiques de santé et leur mise en œuvre nécessitent une articulation du leadership entre les différents niveaux de gouvernance. En connectant les objectifs et les capacités aux trois niveaux de gouvernance, il est possible d'améliorer la synergie entre le leadership politique, clinique et organisationnel.

Qualité du travail et de l'emploi au Québec	Livre	2013	Québec	Travailleurs	Emploi	Lapointe P-A	Plusieurs études montrent qu'au cours des dernières années, malgré la croissance économique, l'émergence d'une économie du savoir faisant appel à une plus grande qualification, la diffusion d'innovations organisationnelles porteuses d'une plus grande autonomie et le déclin des emplois d'usine physiquement très contraignants, la qualité du travail et de l'emploi ont diminué.
Le système de santé québécois et l'accès aux soins.	Article	2003	Québec		Système de santé, accès aux soins	Saint-Arnaud J.	La situation actuelle au Québec, marquée par des limitations budgétaires et une pénurie de personnel, affecte l'accès aux services, créant des conditions inévitables pour les patients en raison de longues listes d'attente et pour le personnel soignant en raison de conditions de travail difficiles.
Les immigrants du Québec : Participation au marché du travail et qualité de l'emploi	Article	2017	Québec	Travailleurs	Immigration, emploi	Malambwe J-MK	Les résultats confirment que les immigrants ont une performance économique inférieure à celle des habitants du Québec. De plus, alors que l'inverse est observé chez les natifs, les immigrants occupent plus d'emplois de qualité faible, mais moins d'emplois de qualité élevée.
Haiti Profile	Profil de pays		Haïti	Population générale	Countdown to 2030	UNICEF	
World Health Statistics	Données statistiques		Tous les pays	Professions de la santé	Indicateurs de santé	OMS	
Médecins par habitant	Article	2020	Canada	Médecins	Ressources humaines en santé	La Presse	
Professionnels de la santé, pour 100 000 habitants	Article de presse	2019	Québec		Personnels de santé	Le Québec économique	
Haïti – Plan Directeur Santé (2021-2031)	Rapport		Haïti	Professionnels de la santé	Ressources humaines en santé, planification	MSPP	
Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030	Rapport	2017	Tous les pays	Professionnels de santé	Développement durable	OMS	
Health workforce	Article		Tous les pays	Professionnels de santé	Migration, éthique	OMS	

Les nouveaux flux de migrations médicales. Revue internationale et stratégique	Article académique	2010	Tous les pays	Infirmiers, médecins	Ressources humaines, migration	Nys J-F.	La mondialisation des flux de personnes est causée par deux phénomènes : la mobilité des soignants causée par des pénuries dans certains pays ou des différences de rémunération, et le tourisme médical qui amène les patients à se faire soigner là où les soins offrent le meilleur rapport qualité-prix. Un mouvement asymétrique se produit : un flux de patients « riches » se dirige vers les établissements hospitaliers du Sud, tandis qu'un flux de soignants se dirige vers le Nord.
Health professionals' migration in emerging market economies: patterns, causes and possible solutions	Article académique/analyse qualitative	2013	Pays en développement	Professionnels de santé	Économie, migration	Nair M, Webster P.	La migration est un droit de l'homme, mais son caractère unidirectionnel a suscité des inquiétudes, en particulier en raison de son effet négatif sur les systèmes de santé des pays en développement. Les stratégies de contrôle de la migration doivent être adaptées à chaque pays et être développées en fonction des facteurs d'attraction et de répulsion existants dans les pays d'origine. Il y a eu plusieurs interventions nationales et internationales. Cependant, il semble que les interventions qui se concentrent sur la rétention, le transfert des tâches, la circulation du cerveau et l'utilisation efficace des transferts de fonds soient les plus efficaces.
Migration motives and integration of international human resources of health in the United Kingdom: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies using framework analysis.	Revue systématique	2018	Royaume-Uni	Infirmiers, médecins, dentistes	Migration, intégration des professionnels de santé	Davda LS, Gallagher JE, Radford DR.	Les facteurs macro, méso et micro aux niveaux international, national, professionnel et personnel motivent la migration des professionnels de santé internationaux. Le Royaume-Uni dispose de macro-facteurs d'attraction communs puissants qui attirent les infirmières, les médecins et les dentistes et peuvent affecter l'efficacité des politiques visant à limiter leur migration. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre les expériences d'intégration des dentistes afin de retenir ces professionnels en adaptant les politiques à chacune de ces professions, car les expériences d'intégration des infirmières et des médecins sont différentes.

Managing health worker migration: a qualitative study of the Philippine response to nurse brain drain.	Qualitative	2012	Philippines	Infirmiers	Migration	Dimaya RM, McEwen MK, Curry LA, Bradley EH.	Une politique adaptée à la fuite des cerveaux des infirmières philippines offre un aperçu d'une réponse nationale à un problème mondial de plus en plus important. Les Philippines ont formalisé leurs efforts pour gérer la migration des infirmières en tant que source majeure de professionnels émigrant à l'étranger pour y trouver un emploi. En conséquence, le paradigme philippin peut servir d'exemple à d'autres pays qui connaissent des changements similaires dans l'emploi des travailleurs de la santé en raison de la migration.
Critical analysis of nurses' labour market effectiveness in Canada: The hidden aspects of the shortage.	Analyse critique	2019	Canada	Infirmiers	Pénurie de main-d'œuvre	Ariste R, Béjaoui A, Dauphin A.	La province avec le taux d'inoccupation le plus élevé serait le Québec. Pour remédier à la pénurie, des mesures particulières doivent être prises en ce qui concerne la fourniture de services de santé ainsi que la gestion efficace de la charge de travail des institutions.
Rapport annuel de gestion des établissements publics et privés et des autorités régionales et Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services des établissements publics et privés et des autorités régionales	Rapport	2022	Québec	Professionnels de santé	Gestion en santé	Gouvernement du Québec	
Recommandations de Montréal relatives au recrutement: une feuille de route pour une meilleure réglementation 2021.	Rapport électronique	2021	Montréal	NA	Migration	OIM	L'OIM croit profondément que la migration humaine et ordonnée est bénéfique pour les migrants et la société. En tant qu'organisation intergouvernementale, l'OIM travaille avec ses partenaires de la communauté internationale afin d'aider à résoudre les problèmes opérationnels que pose la migration; d'améliorer la compréhension des enjeux associés à la migration; et de préserver la dignité humaine et le bien-être des migrants.
Empirically evaluating the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel's impact on four high-income countries four years after adoption.	Article/Évaluation empirique	2016	Australie, Canada, Royaume-Uni, États-Unis	Professionnels de santé	Recrutement international	Tam V, Edge JS, Hoffman SJ.	Il est fort probable que le Code n'ait pas encore réussi à apporter les améliorations tangibles aux flux de travailleurs de la santé auxquelles il avait aspiré. Il existe de nombreuses suggestions pour améliorer l'adoption et l'impact du Code, telles que mettre l'accent sur la création d'accords

Globalization and Health.							bilatéraux, le relier aux priorités mondiales actuelles et reformuler l'objectif du code pour mettre l'accent sur la durabilité des systèmes de santé.
Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code Practice on the International Recruitment of Health Personnel--Ethical and Systems Perspectives. Int J Health Policy Manag.	Article	2015	Royaume-Uni, Canada, États-Unis, Australie, pays en développement	Professionnels de santé	Code de pratique, recrutement, éthique	Brugha R, Crowe S.	Le Code mondial doit être mis en œuvre dans l'intérêt de tous les pays, pas seulement de ceux qui subissent des pertes de personnel de santé en raison de l'embauche internationale,
Challenges to implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel: the case of Sudan.	Qualitative	2016	Soudan	Professionnels de santé	Recrutement international	A. Abuagla and E. Badr	Le renforcement du personnel de santé national au Soudan et la gestion des migrations ont été rendus possibles par le Code de l'OMS. Cependant, le pays n'a pas exploité pleinement le potentiel de cet outil. Les modifications du Code de l'OMS pourraient être très utiles si elles devaient être appliquées dans des pays en développement comme le Soudan.
Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030.	Rapport	2018	Tous les pays	Professionnels de santé	Pénurie de main-d'œuvre	OMS	Garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des personnels de santé grâce à des investissements suffisants et à la mise en œuvre de politiques efficaces aux niveaux national, régional et mondial afin d'offrir à tous une vie saine, à tous les âges, et de promouvoir un développement socioéconomique équitable grâce à des perspectives d'emploi décentes.
Government-to-government agreements on health and social care workforce recruitment	Rapport	2022	Royaume-Uni	Professionnels de santé	Recrutement international	Gouvernement du Royaume-Uni	
E-Health Policy and Benchmarking in the European Union	Chapitre d'un livre	2015	Union européenne		Politiques de santé	E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault and C. Wendt	Les systèmes de santé des gouvernements et des prestataires de soins de santé de l'UE font face à des défis importants. Les décideurs politiques sont confrontés à des problèmes tels que l'augmentation des coûts des soins de santé, le vieillissement de la population, le diagnostic et le traitement des maladies chroniques. Afin d'améliorer l'accès aux soins de santé et, en fin de compte, de rendre le secteur de la santé plus efficace, l'amélioration de la qualité des

							soins de santé doit être considérée comme la pierre angulaire des stratégies politiques, financières et techniques de chaque pays.
Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human Resources for Health	Article	2003		Personnels de santé	Ressources humaines en santé	Dussault G, Dubois C-A	Il est essentiel dans les politiques de santé de mettre en place des politiques claires en matière de ressources humaines afin de remédier aux déséquilibres du personnel de santé et de favoriser la mise en œuvre des réformes des services de santé.

Tableau 4 : Tableau récapitulatif des articles journalistiques utilisés

Documents de la littérature du grand public					
Titre	Type de document	Pays/Régions concernés	Personnels de santé concernés	Sujet principal abordé	Journal
Recrutement international des infirmières : Le pillage de ceux qui n'ont rien	Article	Cameroun, au Sénégal, en Haïti et en République démocratique du Congo, Québec	Infirmiers	Recrutement	Opinion
Le CII demande des codes plus forts pour le recrutement déontologique des infirmières et l'investissement dans l'enseignement des soins infirmiers	Article	International	Infirmiers	Recrutement déontologique des infirmières	International Council of Nurses (ICN)
Pénurie de soignants : le recrutement dans les pays pauvres suscite l'indignation	Article	Grande-Bretagne, États-Unis, Canada, Ghana, Londres	Infirmiers	Recrutement international dans les pays pauvres	infirmiers.com
Une association critique le recrutement d'infirmières dans d'autres provinces	Article	Canada	Infirmiers	Recrutement	Ici.Radio-Canada.ca
La fuite des infirmiers prend des proportions inquiétantes	Article	Maroc	Infirmiers	Départ des infirmiers	Le matin HEH
Ghana patients in danger as nurses head for NHS in UK	Article	Ghana, Royaume-Uni	Infirmiers	Recrutement des infirmiers	Sect.Africa
WHO renews alert on safeguards for health worker recruitment	Article	International	Personnels de santé	Recrutement international dans les pays pauvres	Who.int
Londres place le Togo, la RCI et 35 autres pays sur une liste rouge de recrutement d'agents de santé	Article	Togo, République démocratique du Congo, Royaume-Uni, Londres	Infirmiers	Recrutement international	KOACI

Québec veut recruter 1000 infirmières à l'étranger grâce à des conditions alléchantes	Article	Québec	Infirmiers	Recrutement international	Ici.Radio-Canada.ca
Des centaines d'infirmières provenant des quatre coins du monde en renfort au Québec	Article	Québec, France, Colombie, Brésil, Mexique, Angleterre et Tunisie	Infirmiers	Recrutement international	Journal de Québec
Recruter des infirmières à l'international : une fierté bien discutable !	Article	International	Infirmiers	Recrutement international	Le soleil

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des données de la littérature grise et scientifique

Documents de la littérature grise et scientifique							
Titre	Type de document/étude	Année de publication	Pays concernés	Personnels de santé concernés	Sujet principal abordé	Auteurs/journal	Conclusion de l'auteur
Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.	Document institutionnel	2010	Tous les pays	Médical et paramédical	Code de pratique, éthique, droits, ressources humaines	Organisation mondiale de la Santé	Le Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé vise à améliorer la compréhension et la gestion éthique du recrutement international des personnels de santé en améliorant les données, l'information et la coopération internationale.
Méthodes de recherche qualitative dans la recherche en soins de santé : apports et croyances	Article/analytique	2014	NA	NA	Recherche qualitative	Kohn L, Christiaens W.	En se penchant par exemple plus spécifiquement sur les perceptions, les représentations et les expériences des différents intervenants, les méthodes de recherche qualitative permettent d'appréhender les problèmes liés aux (soins de) santé d'une manière particulière.
Who health workforce supports and safeguards list 2023	Article	2023	Pays en développement dont Haïti	Médical et paramédical	Responsabilité éthique	OMS	55 pays font partie de la liste 2023 de soutien et de garanties du personnel de santé de l'OMS. Ces pays sont confrontés aux problèmes les plus urgents en matière de personnel de santé liés à la couverture sanitaire universelle. En

							particulier, ces nations présentent une densité de médecins, d'infirmières et de sages-femmes inférieure à la moyenne mondiale (avec une proportion de 49 pour 10 000 habitants) et un indice de couverture du service de couverture maladie universelle inférieur à un seuil élevé.
Code of practice for the international recruitment of health and social care personnel in England	Article	2023	Angleterre et pays du Commonwealth	Infirmiers et Médecins	Recrutement, code, obligation et responsabilité éthique	UK Government	À moins qu'il n'y ait un accord de gouvernement à gouvernement pour soutenir les activités de recrutement gérées, les organisations de santé et de protection sociale en Angleterre ne recrutent pas activement dans les pays que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) considère comme ayant les problèmes les plus urgents liés au personnel de santé et de soins. Grâce à un travail efficace bilatéral, comme nos protocoles d'accord avec les gouvernements de l'Inde, du Kenya, de la Malaisie, du Népal, des Philippines et du Sri Lanka, nous travaillons en partenariat pour soutenir des voies de migration bien gérées qui profitent au NHS, au secteur de la santé ou aux professionnels de

							la santé et au pays d'envoi.
Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : rapport du Groupe consultatif d'experts sur l'utilité et l'efficacité du Code de pratique mondiale de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé : rapport du Directeur général.	Rapport	2020	Tous les pays	Médical et paramédical	Recrutement, éthique, code, droits des travailleurs de santé	OMS	L'application complète du Code est nécessaire pour réaliser la vision globale visant à « œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé ». Comme le préconise la Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, il est nécessaire de renforcer l'application des principes, des objectifs et des articles du Code afin de faire en sorte que les progrès réalisés en matière de couverture sanitaire universelle dans les États membres servent à soutenir, et non à compromettre, des réalisations similaires dans d'autres pays.
The complex remuneration of human resources for health in low-income settings: policy implications and a research agenda for designing effective financial incentives	Analytique	2015	Afrique Subsaharienne	Medical et paramedical	Salaire, conditions de travail, facteurs Pull	M. P. Bertone, S. Witter	Cet article soutient que la recherche axée sur la « rémunération complexe » des agents de santé est essentielle pour aborder certaines des questions les plus difficiles affectant

							les ressources humaines pour la santé. Un programme de recherche empirique est proposé pour combler les lacunes de notre compréhension.
Medical Education Capacity-Building Partnerships for Health Care Systems Development	Descriptive/qualitative	2016	Ouganda, États-Unis d'Amérique	Médecins	Renforcement des systèmes de santé, coopération internationale, éthique	Tracy L. Rabin, MD, SM, Harriet Mayanja-Kizza, MBChB, MMed, MSc, and Asghar Rastegar, MD	L'idée d'équité dans les partenariats est centrale au développement d'efforts d'éducation sanitaire mondiale éthiquement solides.
Forecasting imbalances in the global health labor market and devising policy responses	Analytique	2018	Pays en développement, pays riches	Médical et paramédical	Emplois, ressources humaines	R. M. Scheffler, J. Campbell, G. Cometto, A. Maeda, J. Liu, T. A. Bruckner, et al.	Les pays à revenu élevé et intermédiaire auront la capacité économique d'employer des dizaines de millions de professionnels de santé supplémentaires, mais confrontés à des pénuries. Les pays à faible revenu seront confrontés à une faible demande et à une faible offre de professionnels de la santé. Même s'ils sont capables de produire des travailleurs supplémentaires pour répondre au seuil de besoin, ils ne seront peut-être pas en mesure d'employer et de retenir ces travailleurs sans une croissance économique, en particulier dans le secteur de la santé.

Réaliser de nouveaux investissements dans les personnels de santé mondiaux permettra de créer des emplois et de stimuler la croissance économique	Rapport/analytique	2016	Tous les pays	Médical et paramédical	Emplois, investissement, renforcement système de santé	OMS	L'investissement dans l'économie de la santé et les progrès vers la couverture sanitaire universelle peuvent renforcer la croissance économique et la rendre plus inclusive et créant des emplois décents dans un vaste éventail de métiers.
WHO renews alert on safeguards for health worker recruitment	Article	2023	Tous les pays	Médical	Éthique, recrutement, code de pratique, responsabilité	OMS	La mise en œuvre du code de pratique mondiale de l'OMS dans le recrutement international des personnels de santé (code mondial de l'OMS) peut garantir que les mouvements internationaux de personnels de santé sont gérés de manière éthique, qu'ils soutiennent les droits et le bien-être des personnels de santé migrants et qu'ils préservent les objectifs de prestation de services de santé.
Scope of health worker migration governance and its impact on emigration intentions among skilled health workers in Nigeria	Descriptive	2023	Nigeria	Agent de santé	Migration, ressources humaines en santé, gouvernance		Les citoyens, les défenseurs de la santé, les agents de santé, les groupes communautaires et les décideurs politiques peuvent collaborer pour aborder les facteurs liés à la migration des ASC en reconnaissant leur rôle en tant que détenteurs de droits et d'obligations à différents niveaux.

<p>Rapport final du Groupe d'Experts de la Commission de haut niveau sur l'Emploi en Santé et la Croissance économique</p>	<p>Rapport/analytique</p>	<p>2016</p>	<p>Tous les pays</p>	<p>Personnels de santé</p>	<p>Investissement, droits, renforcement de système de santé</p>	<p>Le groupe d'experts pense que des investissements efficaces dans le personnel de santé pourraient améliorer considérablement la santé, le bien-être et la sécurité humaine, favoriser des emplois décents et favoriser une croissance économique inclusive dans un contexte mondial qui affiche de fortes inégalités souvent croissantes et un taux de chômage qui reste élevé.</p>
--	---------------------------	-------------	----------------------	----------------------------	---	--

Annexe 2 : Certificat éthique

**Comité d'éthique de la recherche
en sciences et en santé (CERSES)**

Bureau de la conduite
responsable en recherche



01 mars 2023

Jean-Louis Denis
Professeur titulaire
École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

Mira Johri
Professeur titulaire
École de santé publique - Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé

Vanessa Clerveau
Candidate à la maîtrise

Johanne Préval

OBJET :	Projet # 2023-4178 - Approbation éthique finale Titre : Migration internationale des travailleurs de la santé au Québec : Potentiel des accords bilatéraux Financement : non-financé
---------	--

Bonjour,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal a évalué votre projet de recherche en comité restreint. Suite à cette évaluation, une approbation conditionnelle vous a été émise en date du 23 février 2023.

Nous accusons réception des précisions et corrections demandées via le formulaire de conditions F20 ainsi que des documents en vue de l'approbation finale du projet mentionné en rubrique. Suite à la révision de ces documents, le tout ayant été jugé satisfaisant, j'ai le plaisir de vous informer que votre projet de recherche a été approuvé à l'unanimité par le CERSES.

Les formulaires d'information et de consentement que le CERSES a approuvé et que vous pouvez utiliser pour la réalisation de votre projet sont disponibles dans la section **Documents approuvés par le CER**, située sous l'onglet "Fichiers" de votre projet.

Cette approbation éthique est valide pour un an, à compter du 01 mars 2023 jusqu'au 01 mars 2024. Il est de votre responsabilité de compléter le formulaire de renouvellement (formulaire F9) que nous vous ferons parvenir annuellement via Nagano 1 mois avant l'échéance de votre approbation, à défaut de quoi l'approbation éthique délivrée par le CERSES sera suspendue.

Dans le cadre du suivi éthique continu, le Comité vous demande de vous conformer aux exigences suivantes en utilisant les formulaires Nagano prévus à cet effet :

- Soumettre, pour approbation préalable, toute demande de **modification** au projet de recherche ou à tout autre document approuvé par le Comité pour la réalisation du projet (formulaire F1).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toutes **informations supplémentaires, nouveau renseignement et/ou correspondances diverses** (formulaire F2).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, tout **incident ou accident** lié à la

- réalisation du projet de recherche (formulaire F5).
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, l'**interruption prématurée** du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente (formulaire F6).
 - Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance, toute **dévi**ation au projet de recherche susceptible de remettre en cause le caractère éthique du projet (formulaire F8).
 - Soumettre une demande de **renouvellement** un mois avant l'échéance de la date d'approbation afin de renouveler l'approbation éthique (formulaire F9).
 - Soumettre le rapport de la **fin du projet de recherche** (formulaire F10).

Nous vous rappelons que la présente décision vaut pour une année et peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences.

Le CERSES de l'Université de Montréal est désigné par le ministre de la Santé et des Services Sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec. Il exerce ses activités en conformité avec la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* (60.1) de l'Université de Montréal ainsi que l'*Énoncé de politique des trois conseils* (EPTC). Il suit également les normes et règlements applicables au Québec et au Canada.

Cordialement,

Pour la présidente du CERSES, Christine Grou,

Julie Allard
Conseillère en éthique de la recherche
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)
Bureau de la conduite responsable en recherche
Université de Montréal
3333, chemin Queen-Mary, bureau 220
Montréal (Québec) H3V 1A2
Tél. [REDACTED]
cerses@umontreal.ca

Envoyé par :

Julie Allard

Signé le 2023-03-01 à 09:11

Annexe 3 : Guide d'entrevue

Bonjour, je suis Vanessa Clerveau, étudiante à l'Université de Montréal, je poursuis présentement une maîtrise en administration des services de santé, option santé mondiale. Cette entrevue semi-dirigée sera réalisée en vue de collecter des données pour mon projet de recherche en vue de l'obtention de mon diplôme de maîtrise.

Le sujet de recherche est : Migration internationale des travailleurs de la santé au Québec : potentiel des accords bilatéraux

Ma question de recherche est : Quel est le potentiel des accords bilatéraux pour maximiser les bénéfices pour les pays d'origine, les pays de destination et les travailleurs de santé étrangers dans le processus de migration des travailleurs de santé au Québec ?

Cette entrevue semi-dirigée va durer environ 60 minutes et j'aimerais savoir si vous consentez à ce qu'on enregistre notre conversation.

Je suis Vanessa Clerveau, je suis en train d'interviewer « nom d'emprunt », le « date » à « heure ».

- 1- Comment comprenez-vous la pénurie aiguë mondiale de la main-d'œuvre en santé ?
- 2- Comment comprenez-vous la pénurie aiguë de main-d'œuvre en santé que connaît le Québec ?
- 3- Quelles sont les solutions envisageables dans le cas de cette pénurie au Québec
 - Vous avez parlé de migration de travailleurs de santé étrangers comme solution à la pénurie, quel cadre pourrait être utilisé dans la gestion de cette migration
- 4- Quelles sont vos connaissances sur le Code de pratique de l'OMS ?
- 5- Quelle est l'utilité des différentes composantes du code de pratique mondiale de l'OMS ?
- 6- Vous avez parlé des accords bilatéraux comme élément important du code de pratique mondiale de l'OMS, quel type d'entente pensez-vous que le Québec pourrait

développer avec Haïti qui serait bénéfique pour eux deux dans le cadre de la migration des travailleurs étrangers ?

- Vous avez parlé de X type d'entente, comment pensez-vous que cela pourrait être bénéfique pour le Québec et pour Haïti ?

7- Quel type de contenu devrait être intégré dans les accords bilatéraux entre Haïti et le Québec ?

- Vous avez parlé de X types de contenu, comment pensez-vous qu'il sera bénéfique aux deux pays et aux travailleurs de santé ?

8- Avez-vous des suggestions à faire concernant la migration internationale des travailleurs de santé étrangers ?

9- Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

10- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez explorer ?

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude, une copie de votre entrevue vous sera envoyée par courriel. Je vous reviens pour confirmer avec vous les résultats de l'interprétation de votre entrevue.

Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement

« Migration internationale des travailleurs de la santé au Québec : Potentiel des accords bilatéraux »

Qui dirige ce projet ?

Moi, Vanessa, Clerveau. Je suis étudiante à la maîtrise à l'Université de Montréal au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé (DGEPS). Mon directeur de recherche est Jean-Louis Denis disponible à l'adresse jean-louis.denis@umontreal.ca, professeur au Département au DGEPS et ma co-directrice Mira Johri disponible à l'adresse mira.johri@umontreal.ca, professeure au DGEPS.

Décrivez-moi ce projet

Mon projet a pour but d'explorer le potentiel des accords bilatéraux dans le processus de la migration des travailleurs de la santé au Québec. Pour ce faire, je compte rencontrer 10 personnes qui ont de l'expertise dans la gestion des ressources humaines en santé au Québec et en Haïti comme vous.

Si je participe, qu'est-ce que j'aurai à faire ?

Vous aurez à participer à une entrevue semi-dirigée durant laquelle je vous poserai des questions sur la pénurie de main-d'œuvre en santé, le Code de pratique mondiale de l'Organisation mondiale de la Santé, le potentiel des accords bilatéraux dans le processus de migration des travailleurs de la santé. L'entrevue devrait durer environ 60 minutes et avec votre permission, je vais l'enregistrer sur l'application Teams, afin de pouvoir ensuite transcrire ce que vous m'aurez

dit sans rien oublier. Si vous préférez que je ne vous enregistre pas, je pourrai simplement prendre des notes.

Y a-t-il des risques ou des avantages à participer à cette recherche ?

Il n'y a pas de risque à répondre à mes questions. Cependant, si vous le souhaitez, vous pouvez simplement décider de ne pas répondre aux questions auxquelles vous ne voulez répondre et même mettre fin à l'entrevue.

Votre participation pourrait nous aider à mieux explorer le potentiel des accords bilatéraux dans le processus de migration des travailleurs de santé étrangers et également d'enrichir la littérature sur la pénurie de main-d'œuvre en santé selon votre perspective.

Est-ce que je recevrai une compensation pour ma participation au projet ?

Vous ne recevrez aucune compensation pour votre participation.

Que ferez-vous avec mes réponses ?

Je vais analyser l'ensemble des réponses que m'auront données tous les participants. Je vais essayer de voir le potentiel exploratoire des accords bilatéraux dans le processus de migration des travailleurs de santé étrangers. Les résultats feront partie de mon mémoire de maîtrise.

Est-ce que mes données personnelles seront protégées ?

Oui ! L'équipe de recherche prendra toutes les mesures suivantes afin de préserver la confidentialité des données. Les enregistrements et les transcriptions seront gardés dans un dossier dans le OneDrive de l'Université de Montréal et sur l'ordinateur de l'étudiante dans un fichier qui sera protégé par un mot de passe. Seule l'équipe de recherche y aura accès. Les enregistrements et les informations permettant de vous identifier seront détruits 7 ans après la fin de mon projet. Ensuite, je ne conserverai que les réponses transcrites, mais sans aucune information concernant les personnes qui me les auront données. Les données seront remises au directeur de recherche après la diplomation de l'étudiante.

Les données sans les informations permettant de vous identifier seront conservées aussi longtemps qu'elles pourront être utiles pour la science. Elles pourraient être partagées avec d'autres chercheurs dans le monde entier. Il s'agit d'une exigence fréquente de revues scientifiques. Les projets des autres chercheurs devront être approuvés par un comité d'éthique de la recherche pour qu'ils puissent accéder à ces données.

Les résultats généraux de mon projet pourraient être utilisés dans des publications ou des communications, mais toujours de façon anonyme, c'est-à-dire sans jamais nommer ou identifier les participant. e. s.

Est-ce que je suis obligé de répondre à toutes les questions et d'aller jusqu'au bout ?

Non ! Vous pouvez décider de ne pas répondre à une ou plusieurs questions. Vous pouvez aussi à tout moment décider que vous ne voulez plus participer à l'entrevue et que vous abandonnez le projet. Dans ce cas, vous pourrez même me demander de ne pas utiliser vos réponses pour ma recherche et de les détruire. Cependant, une fois que le processus de publication des données sera mis en route ou que les données ne seront plus liées à votre nom, je ne pourrai plus détruire les analyses et les résultats portant sur vos réponses.

À qui puis-je parler si j'ai des questions durant l'étude ?

Pour toute question, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante vanessa.clerveau@umontreal.ca. Plusieurs ressources sont également à votre disposition.

Ce projet a été approuvé par le *Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé* de l'Université de Montréal. Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le comité par courriel l'adresse cerses@umontreal.ca

Si vous avez des plaintes concernant votre participation à cette recherche, vous pouvez communiquer avec l'ombudsman (c'est un « protecteur des citoyens ») de l'Université de Montréal, à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Comment puis-je donner mon accord pour participer à l'étude ?

En signant ce formulaire de consentement et en me le remettant. Je vous laisserai une copie du formulaire que vous pourrez conserver afin de vous y référer au besoin.

CONSENTEMENT

Déclaration du participant ou de la participante

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à ma participation.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheur. e. s de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.
- J'accepte que les données de recherche de cette étude puissent être rendues disponibles à d'autres chercheur. e. s, à condition que n'y apparaissent pas mon nom ou tout autre renseignement permettant de m'identifier : Oui Non
- Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui Non
- J'accepte que mes coordonnées soient conservées séparément des données de ce projet pendant une période de 7 ans pour être contacté. e pour d'autres projets de recherche de la même équipe de recherche : Oui Non
- Je désire recevoir un résumé des résultats de la recherche : Oui Non Courriel :

Signature du participant/de la participante : _____ Date :

Nom : _____ Prénom :

Engagement du chercheur ou de la chercheuse

J'ai expliqué les conditions de participation au projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et je me suis assuré de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du chercheur ou de la chercheuse : _____ Date :

Nom : _____ Prénom :

Annexe 5 : Liste de contrôle COREQ

Dossier

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

M. Gedda

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Sources : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régulées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale.

Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

- **Commentaires particuliers**

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing, politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécu, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr.

Sources : <http://mediamed.unistra.fr/dmg/wp-content/uploads/2015/06/crite%CC%80res-COREQ.pdf>

Annexe 6 : Article 10 du Code de pratique mondiale de l'OMS

WHA63.16

*Article 10 – **Partenariats, collaboration technique et appui financier***

10.1 Les États Membres et autres acteurs devraient collaborer directement ou par l'intermédiaire d'organismes internationaux compétents afin de développer les moyens dont ils disposent pour atteindre les objectifs du Code.

10.2 Les organisations internationales, les organismes donateurs internationaux, les institutions financières et de développement et autres organisations compétentes sont encouragés à fournir un appui technique et financier pour aider à appliquer le présent Code et contribuer au renforcement des systèmes de santé des pays en développement et des pays à économie en transition qui connaissent des pénuries aiguës de personnels de santé et/ou dont les moyens d'atteindre les objectifs du présent Code sont limités. Ces organisations et autres entités devraient être encouragées à coopérer avec les pays confrontés à des pénuries aiguës d'agents de santé et faire en sorte que les fonds fournis pour des interventions contre des maladies particulières servent à renforcer les capacités des systèmes de santé, et notamment à développer les personnels de santé.

10.3 Les États Membres devraient être encouragés à fournir, par eux-mêmes ou par l'intermédiaire d'organisations nationales et régionales, d'organismes donateurs et d'autres organismes intéressés, une assistance technique et un appui financier aux pays en développement ou aux pays à économie en transition, en visant à renforcer les capacités des systèmes de santé, et notamment à développer les personnels de santé de ces pays.