



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Embargo: 11 novembre 2010

Recherche qualitative sur le personnel de santé étranger en Suisse et sur son recrutement

Kathrin Huber
Ewa Mariéthoz

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
11 novembre 2010

L'étude a été menée sur mandat de la Conférence interdépartementale pour la politique extérieure en matière de santé (IK GAP) et elle est publiée par:



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Kathrin Huber, collaboratrice scientifique
Ewa Mariéthoz, cheffe de projet
Conférence suisse
des directrices et directeurs cantonaux de la santé
Maison des cantons
Speichergasse 6, Case postale 684, CH-3000 Berne 7
Tél. +41 31 356 20 20, Fax +41 31 356 20 30
kathrin.huber@gdk-cds.ch
ewa.mariethoz@gdk-cds.ch
www.gdk-cds.ch

L'étude a été cofinancée par les institutions suivantes (adresses de contact):



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Delphine Sordat Fornerod
Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Affaires internationales
Seilerstrasse 8, CH-3011 Berne
Tél. +41 31 323 24 32, Fax +41 31 322 11 31
delphine.sordat@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral des affaires étrangères DFAE
Direction politique DP
Division politique IV – Sécurité humaine:
paix, droits humains, politique humanitaire, migration

Odile Rittener
Département fédéral des affaires étrangères DFAE
Division politique IV
Politique humanitaire et migration
Bundesgasse 32, CH-3003 Berne
Tél. +41 31 325 54 63, Fax +41 31 324 90 66
odile.rittener@eda.admin.ch
www.eda.admin.ch

Nous remercions pour les informations qu'ils nous ont fournies tous les représentants et représentantes des employeurs des cantons de Bâle-Ville et de Vaud, tous les médecins et le personnel infirmier diplômé et tous les experts et expertes que nous avons interrogés pour cette étude.

Kathrin Huber, Ewa Mariéthoz

Contenu

ABRÉVIATIONS.....	4
AVANT-PROPOS.....	5
RÉSUMÉ.....	6
ZUSAMMENFASSUNG.....	7
1 INTRODUCTION	7
1.1 SITUATION DE DÉPART	8
1.2 OBJECTIFS	10
1.3 PROCÉDURE ET MÉTHODOLOGIE	11
1.3.1 Structure de l'étude et méthode de relevé des données	11
1.3.2 Déroulement des interviews	12
1.3.3 Analyse des interviews	12
1.4 LIMITES	13
2 DEVELOPPEMENT DU PERSONNEL DE SANTE EN SUISSE.....	14
2.1 PERCEPTION DU MARCHÉ DU TRAVAIL ET DE LA PENURIE DE PERSONNEL	14
2.2 DEPENDANCE VIS-A-VIS DU PERSONNEL DE SANTE ETRANGER	15
2.3 CONSEQUENCES SUR LA POLITIQUE DU PERSONNEL DES ETABLISSEMENTS	16
2.4 LA SUISSE, PAYS D'ACCUEIL	16
2.5 PERCEPTION DE LA MIGRATION INTERNATIONALE DU PERSONNEL DE SANTE.....	17
3 LE RECRUTEMENT DU PERSONNEL DE SANTE ETRANGER	19
3.1 STRATEGIES DE RECRUTEMENT EN SUISSE ET A L'ETRANGER	19
3.1.1 Recrutement actif à l'étranger	20
3.1.2 Le rôle des agences de placement	20
3.1.3 Respect de directives sur le recrutement éthique de personnel	22
3.2 EXPERIENCES DU PERSONNEL ETRANGER AVEC LE RECRUTEMENT ET LA RECHERCHE D'EMPLOI.....	22
3.3 PRATIQUE EN MATIERE DE RECONNAISSANCE DES DIPLOMES ET D'AUTORISATION DE SEJOUR	23
3.4 PAYS DE RECRUTEMENT.....	23
3.4.1 Importance des pays voisins	24
3.4.2 Critères pour les pays de recrutement préférés	24
3.4.3 Voies migratoires	24
4 LE PERSONNEL DE SANTE ETRANGER EN SUISSE.....	26
4.1 MOTIFS DE MIGRATION	26
4.2 INTENTIONS DE MIGRATIONS FUTURES	27
4.3 QUALIFICATIONS.....	28
4.4 OPPORTUNITÉS PROFESSIONNELLES, ENGAGEMENT, AFFECTATION.....	29
4.5 CONDITIONS DE TRAVAIL	30
5 MESURES POLITIQUES ET POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT	32
5.1 MIGRATION CIRCULAIRE.....	32
5.1.1 Critiques	33
5.1.2 Obstacles	33
5.1.3 Conditions.....	34
5.1.4 Evaluation	35
5.2 COLLABORATION INTERNATIONALE AU DEVELOPPEMENT ET AU SOUTIEN DES SYSTEMES DE SANTE.....	35
5.3 MESURES EN SUISSE	36
5.3.1 Autosuffisance	36
5.3.2 Recrutement, formation, planification du personnel, maintien du personnel	36
6 BILAN ET CONCLUSIONS	38
7 BIBLIOGRAPHIE	41
8 ANNEXES	43
9 INDICATIONS SUR LA PUBLICATION	48

Abréviations

AELE	Association européenne de libre-échange
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
ASMAC	Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique
ASSC	assistant/e en soins et santé communautaire
BS	Canton de Bâle-Ville
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CII	Conseil international des infirmières
CRS	Croix-Rouge suisse
DFE	Département fédéral de l'économie
FMH	Fédération des médecins suisses
IK GAP	Conférence interdépartementale pour la politique extérieure en matière de santé
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OdASanté	Organisation nationale faïtière du monde du travail en santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
TPH	Institut Tropical et de Santé Publique Suisse
UE	Union européenne
UE-17	UE-15 + Malte et Chypre
VD	Canton de Vaud

Avant-propos

La Suisse s'est dotée en 2006 d'une politique extérieure en matière de santé, laquelle vise en particulier à assurer la coordination des politiques de santé nationale et internationale. L'un des objectifs de cette politique est de „gérer la migration des professionnels de la santé de manière à pouvoir satisfaire les besoins des marchés du travail dans les pays industrialisés sans pour autant priver les pays en développement des professionnels nécessaire“. La question de la migration internationale des professionnels de la santé est en effet un thème d'actualité aussi bien en Suisse qu'au niveau international, comme en témoigne l'adoption par l'Assemblée mondiale de la santé, en mai 2010 à Genève, d'un Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé. En prévision de l'adoption de ce code, la Conférence interdépartementale pour une politique extérieure en matière de santé (IK GAP) a donné le mandat en 2008 à un groupe de travail d'évaluer le volume et le rôle des personnels de santé migrants en Suisse afin de voir dans quelle mesure la Suisse participe à la pénurie globale. L'un des constats de ce groupe est qu'il faut en premier lieu approfondir les données disponibles. En octobre 2009, l'IK GAP a donné le mandat à trois différentes institutions d'approfondir l'analyse selon trois voies distinctes : 1) la documentation statistique, 2) les pratiques de recrutement et 3) les pratiques de coopération. Le premier rapport, réalisé par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), fournit une description de l'immigration des professionnels de la santé en Suisse d'un point de vue statistique. Il s'agit là d'un préalable à tout travail sur ce thème. La réalisation de ce mandat doit permettre de saisir précisément le type et l'ampleur du phénomène en Suisse. Il rendra aussi possible la participation active de la Suisse à l'élaboration de directives internationales pour la récolte de données statistiques. Le présent rapport a été réalisé par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), et fournit une analyse qualitative des points de vue des employeurs et des employés immigrants. Enfin, le troisième rapport, réalisé par l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse (Swiss TPH), documente les pratiques de coopération internationale de la Suisse qui visent à renforcer les politiques de ressources humaines en santé de pays défavorisés. Ces deux derniers rapports tirent le constat que même si la Suisse agit de façon à diminuer son degré de dépendance envers les professionnels formés à l'étranger, il paraît inévitable qu'elle continue de recourir à moyen terme à l'immigration pour compléter ses effectifs, notamment en raison de la durée de formation des professionnels de la santé. Ils insistent toutefois sur l'importance du principe défini par le code de pratique de l'OMS selon lequel les systèmes de santé tant des pays d'origine que des pays de destination devraient retirer des avantages des migrations internationales des personnels de santé. Ces trois rapports sont disponibles sur le site Internet de l'administration fédérale et sur celui de la CDS. Un document de synthèse reprenant les principales conclusions des trois recherches y est également accessible.

Résumé

Situation de départ et objectifs

Cette étude a pour objectif d'étudier les perspectives des employeurs en Suisse et des employés étrangers sur le thème de la migration du personnel de santé et de son recrutement dans le système de santé suisse et d'exposer la situation actuelle de la Suisse dans le contexte du recrutement de personnel de santé étranger. Il convient ce faisant de répondre aux questions de savoir quel rôle la Suisse joue dans le contexte de la migration du personnel de santé et comment le personnel de santé étranger est recruté. Il s'agit en outre d'expliquer pourquoi des professionnels de la santé immigreront en Suisse et comment ils sont recrutés dans les établissements. Enfin, des mesures à prendre aux niveaux national et international pour répondre à la situation des besoins en personnel et à la migration internationale du personnel de santé et son potentiel doivent être discutées.

Méthodologie

Des méthodes qualitatives de relevé et d'exploitation des données ont été utilisées pour l'étude. Des interviews semi-structurées ont été menées avec des représentantes et représentants d'institutions du domaine de la santé dans leur fonction d'employeurs ainsi qu'avec des médecins et du personnel infirmier diplômé des cantons de Bâle-Ville et de Vaud. Les résultats obtenus ont été examinés dans le cadre d'interviews dites d'experts, avec l'objectif de dégager des indications généralisées sur le champ de l'enquête.

Résultats et bilan

En Suisse, le marché du travail pour le personnel de santé qualifié a depuis longtemps évolué toujours plus en direction d'un manque de personnel. Cela signifie pour les établissements qu'ils sont soumis à une forte pression dans le recrutement du personnel de santé et doivent faire appel à du personnel étranger. La Suisse est en comparaison internationale encore suffisamment attractive pour pouvoir attirer dans la mesure nécessaire du personnel de l'étranger, le plus souvent même sans recrutement actif à l'étranger. Les principaux attraits de la Suisse sont du point de vue du personnel de santé immigré les bonnes conditions de travail, le haut niveau de salaire, les perspectives professionnelles et la qualité de vie. La part élevée de personnel qualifié venu de l'étranger, surtout des pays voisins, a conduit la Suisse dans une situation de dépendance.

Du moins après la reconnaissance des diplômes et s'il dispose de connaissances linguistiques suffisantes, le personnel de santé étranger a le plus souvent les mêmes chances que le personnel suisse en matière d'évolution professionnelle et de formation continue. Une image positive se dessine également dans l'ensemble concernant les activités et les conditions de travail. Le risque de l'exploitation et de la discrimination existe toutefois et devrait en conséquence faire l'objet d'une attention particulière.

Le présent rapport montre que face aux besoins en personnel et aux conséquences de la migration internationale les mesures les plus diverses sont discutées au niveau tant international que national. Il existe en Suisse, avant tout dans le contexte de la mise en œuvre du code de pratique de l'OMS, le besoin d'une stratégie coordonnée à laquelle tous les acteurs devraient être intégrés. Est en particulier nécessaire le lien étroit avec les établissements, dont la manière de faire constitue la pratique de recrutement dans le domaine de la santé en Suisse.

Zusammenfassung

Ausgangslage und Ziele

Diese Studie hat zum Ziel, die Perspektiven von Arbeitgebenden und ausländischen Arbeitnehmenden auf das Thema der Migration von Gesundheitspersonal und dessen Rekrutierung im schweizerischen Gesundheitswesen zu untersuchen und die aktuelle Situation der Schweiz im Kontext der Rekrutierung von ausländischem Gesundheitspersonal darzustellen. Dabei soll beantwortet werden, welche Rolle die Schweiz im Kontext der Migration von Gesundheitspersonal spielt und wie das ausländische Gesundheitspersonal rekrutiert wird. Ausserdem soll erläutert werden, warum Gesundheitsfachpersonen in die Schweiz einwandern und wie sie in den Institutionen eingesetzt werden. Schliesslich sollen Massnahmen für die nationale und internationale Ebene für den Umgang mit der Situation des Personalbedarfs und der internationalen Migration von Gesundheitspersonal und ihrem Potential erörtert werden.

Methodik

Für die Studie wurden qualitative Methoden der Datenerhebung und –auswertung angewandt. Es wurden mit VertreterInnen von Institutionen des Gesundheitswesens in ihrer Funktion als Arbeitgeber sowie mit immigrierten Ärztinnen, Ärzten und diplomierten Pflegefachpersonen aus den Kantonen Basel-Stadt und Waadt halboffene, leitfadengestützte Interviews geführt. Die daraus entstandenen Resultate wurden im Rahmen von so genannten Experteninterviews überprüft, mit dem Ziel, generalisierte Aussagen über das Themenfeld der Befragung zu machen.

Ergebnisse und Fazit

Der Arbeitsmarkt für qualifiziertes Gesundheitspersonal hat sich in der Schweiz über längere Zeit immer mehr in Richtung eines Personalmangels bewegt. Für die Betriebe heisst das, dass sie bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal unter einem grossen Versorgungsdruck stehen und auf ausländisches Personal zurückgreifen müssen. Die Schweiz ist im internationalen Umfeld noch attraktiv genug, um Personal aus dem Ausland im benötigten Ausmass anziehen zu können, dies meist sogar ohne aktive Rekrutierung im Ausland. Die hauptsächlichen Anziehungspunkte der Schweiz sind aus Sicht des eingewanderten Gesundheitspersonals die guten Arbeitsbedingungen, das hohe Lohnniveau, die beruflichen Perspektiven und die Lebensqualität. Der hohe Anteil an qualifiziertem Personal aus dem Ausland, vor allem aus den Nachbarländern, hat die Schweiz in eine Situation der Abhängigkeit gebracht.

Das ausländische Gesundheitspersonal hat zumindest nach der Diplomanerkennung und bei ausreichenden Sprachkenntnissen meist die gleichen Chancen in der beruflichen Entwicklung und der Weiterbildung wie das Personal aus der Schweiz. Auch bezüglich der Tätigkeiten und der Arbeitsbedingungen zeichnet sich im Grossen und Ganzen ein positives Bild ab. Nichtsdestotrotz besteht das Risiko der Ausbeutung und Diskriminierung aber grundsätzlich und sollte deswegen besondere Aufmerksamkeit erhalten.

Der vorliegende Bericht zeigt, dass zur Personalversorgung und zum Umgang mit den Auswirkungen der internationalen Migration sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene verschiedenste Massnahmen zur Diskussion stehen. Vor allem auch im Kontext der Umsetzung des WHO Code of Practice besteht in der Schweiz der Bedarf einer koordinierten Strategie, in die alle Akteure einbezogen werden sollten. Vonnöten ist insbesondere der Brückenschlag zu den Betrieben, deren Handeln die Rekrutierungspraxis im schweizerischen Gesundheitswesen ausmacht.

1 Introduction

1.1 Situation de départ

Dans le monde entier, les Etats sont confrontés de façon croissante au fait que leurs systèmes de santé disposent de toujours moins de personnel de santé par rapport au besoin de prise en charge¹. La migration croissante et globale du personnel de santé aggrave de plus ce problème dans certains pays souffrant depuis longtemps déjà d'une très faible densité de médecins et de personnel soignant qualifié.

Déjà en 2001, la part des médecins en activité d'origine étrangère en Suisse se montait à 16% et celle du personnel infirmier et soignant étranger à 25%, la plupart du personnel de santé étranger étant originaire d'Allemagne ou de France². Le recrutement du personnel de santé étranger n'est donc pas un thème entièrement nouveau. Compte tenu de l'implication de la Suisse dans le contexte de la migration internationale du personnel de santé, des répercussions de cette dernière et de l'augmentation du pourcentage du personnel étranger travaillant en Suisse dans le domaine de la santé, la Confédération et les cantons ont manifesté l'intérêt de mieux connaître la situation en matière de recrutement de personnel étranger et de potentiel de développement dans ce domaine. L'IK GAP a donc chargé la CDS de réaliser une étude qualitative visant à étudier les perspectives des employeurs et des employés étrangers sur le thème de la migration du personnel de santé et de son recrutement dans le système de santé suisse.

Etant donné que la Suisse ne pourra renoncer au recrutement à l'étranger malgré tous les efforts pour réduire la dépendance envers le personnel de santé étranger, cette étude part de l'idée qu'il est nécessaire d'atténuer les conséquences négatives de la migration pour les pays d'origine et de faire bénéficier autant que possible dans une mesure égale le pays d'accueil – la Suisse – et les pays d'origine des avantages résultant de la migration du personnel. Cette stratégie correspond au principe de la „Mutuality of benefits“, qui est inscrit dans le code de pratique de l'OMS qui a été approuvée en mai 2010³.

Conformément au mandat, l'étude s'est concentrée exclusivement sur les médecins et le personnel infirmier diplômé d'origine étrangère, car l'émigration de ces deux groupes professionnels représente une perte considérable pour les pays d'origine en termes de coûts de formation et de main-d'œuvre qualifiée⁴. Il a en outre fallu restreindre le nombre d'établissements de santé à analyser⁵. Ainsi, les services d'aide et de soins à domicile, les cabinets et instituts privés et les agences de placement en soins privés n'ont pas été pris en considération, contrairement aux hôpitaux, qui, eux, se sont vu accorder une attention particulière, entre autres parce qu'ils sont les principaux employeurs du personnel de santé universitaire et non-universitaire⁶.

La Suisse connaît un système dual dans l'admission de travailleurs étrangers. Les travailleurs provenant des pays membres de l'UE/AELE bénéficient des avantages découlant de

¹ Cf. OCDE (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OCDE.

² OCDE (2006). *Rapport de l'OCDE sur les systèmes de santé – Suisse*. Paris, OCDE, p. 52.

³ OMS (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Genève, OMS.

⁴ Par „personnel infirmier diplômé“, on entend les personnes ayant suivi une formation du degré tertiaire A ou B. Voir à ce propos DFE (2010). *Rapport du DFE „Formation aux professions des soins“. Besoins de pilotage et de coordination au niveau politique pour l'introduction de la systématique de la formation et la mise en place de formations axées sur les besoins dans les professions des soins à l'échelon fédéral et cantonal*, p. 10.

La composition de l'échantillon des migrantes et migrants est décrite plus en détail dans l'annexe 2.

⁵ Pour des indications sur l'échantillon d'employeurs interrogés, voir l'annexe 3.

⁶ Cf. p. ex., CDS et OdASanté (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national*, p. 7.

l'accord sur la libre circulation des personnes qui est entré en vigueur en 2002. Toutefois, il subsiste encore jusqu'en 2011 des restrictions relatives au marché du travail (contingentement, priorité aux indigènes et contrôle des conditions salariales et de travail) pour 8 Etats de l'UE⁷. L'admission de ressortissants provenant d'Etats non membres de l'UE/AELE, autrement dit de pays tiers, n'est permise que si personne en Suisse ou dans les pays membres de l'UE/AELE ne dispose des qualifications recherchées⁸.

La plupart des médecins d'origine étrangère qui travaillent en Suisse viennent, comme on pouvait s'y attendre vu le système d'admission dual, de l'UE. C'est également le cas pour le personnel soignant étranger⁹. Pour cette raison, des employés de tous les Etats de l'UE pouvaient figurer dans l'échantillon. Dans le présent rapport, le groupe originaire de l'UE représente donc le plus grand groupe parmi le personnel de santé étranger travaillant en Suisse. Une partie notable du personnel soignant provient toutefois aussi d'Etats tiers¹⁰. Dans cette étude, le personnel originaire d'Etats tiers est en général aussi particulièrement intéressant car il est la cible de la migration circulaire¹¹ et d'autres possibilités de coopération internationale. Sous l'angle quantitatif, cette étude s'intéresse donc avant tout aux voisins de la Suisse et, sous l'angle du potentiel de développement par le biais de la migration, aux pays non membres de l'UE.

La question du recrutement et de l'affectation du personnel de santé étranger doit être examinée dans la perspective plus large de la couverture des besoins en effectifs et de la politique du personnel. Pour ce faire est appliqué un modèle (figure 1) qui a également été utilisé dans les études que l'Obsan et l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse ont publiées parallèlement à ce rapport¹². Ce modèle montre que la composition du personnel de santé et son effectif dépendent à la fois des entrées et des sorties. La présente étude s'intéresse essentiellement au recrutement sous l'angle des entrées et à la migration sous l'angle des sorties. Le personnel de santé étranger qui est recruté dans le système de santé suisse constitue une source de main-d'œuvre indispensable pour la Suisse, mais représente aussi une perte de personnel qualifié pour les systèmes de santé des pays d'origine.

C'est la raison pour laquelle cette étude se penche aussi sur les mesures visant à atténuer les effets négatifs de la migration du personnel de santé dans les pays d'origine et à utiliser de façon optimale le potentiel de développement de la migration. Un lien doit également être établi avec le développement du personnel de santé en Suisse et les mesures à prendre pour y parvenir doivent être discutées.

⁷ Pologne, République tchèque, Slovaquie, Hongrie, Estonie, Lettonie, Lituanie, Slovénie.

⁸ Voir également à ce propos Office fédéral de la migration ODM (2009). *Rapport sur la migration 2008*. Berne, ODM.

⁹ OCDE (2006). *Rapport de l'OCDE sur les systèmes de santé – Suisse*. Paris, OCDE.

¹⁰ Serbie-et-Monténégro, Croatie, Bosnie-Herzégovine, Inde, Canada, Philippines, Macédoine et Turquie sont, selon le rapport de l'OCDE sur la Suisse (2006), les pays d'origine les plus fréquents du personnel soignant hors UE/AELE.

¹¹ Définition dans le chapitre 5.1.

¹² Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé et Wyss, Kaspar; Weiss, Svenja (2010). *Swiss contributions to Human Resources for Health Development in low-and middle-income countries: current practices and possible future orientations*. Bâle, Institut Tropical et de Santé Publique Suisse.

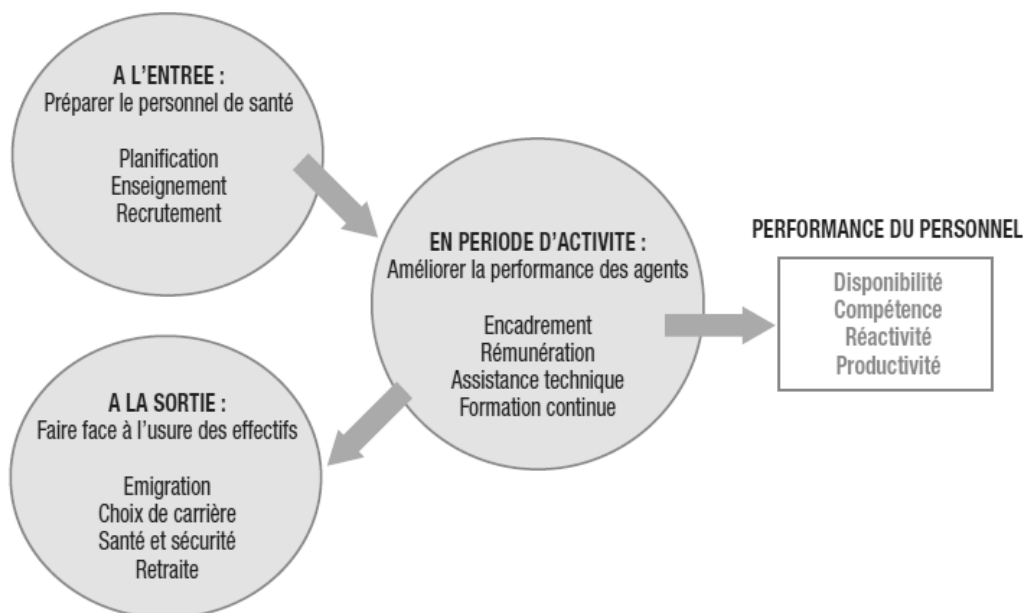


Figure 1: Modèle de développement du personnel de santé (OMS 2006)

1.2 Objectifs

Cette étude examine et met en parallèle la perception de la problématique de la migration du personnel de santé par les médecins et le personnel infirmier diplômé immigrés en Suisse ainsi que par leurs employeurs.

Les questions les plus importantes pour l'évaluation de la perspective des employeurs sont comment s'articule leur pratique de recrutement en Suisse et à l'étranger, quelle est leur position sur le thème du recrutement de personnel étranger et quelles sont leurs expériences avec l'emploi de personnel étranger.

Les questions les plus importantes à poser aux migrants sont: Pourquoi les médecins et le personnel soignant étrangers ont-ils quitté leur pays d'origine? Pourquoi travaillent-ils en Suisse? Quels projets d'avenir ont-ils? En outre, il conviendrait de définir leur activité et sous quelles conditions ils travaillent ici ainsi que les expériences qu'ils ont faites lors de leur recrutement.

Dans l'optique des futures activités de la politique extérieure suisse en matière de santé, la question de savoir quel potentiel de développement et quelles chances existent, tant du point de vue des employeurs que de celui des employés, en matière de migration circulaire et de coopération avec les pays d'origine est également importante.

L'objectif des deux premières phases de l'étude était de présenter une vue d'ensemble des réponses à ces questions sur la base de toutes les perspectives individuelles, qui sont entièrement personnelles et dépendent du contexte des personnes interrogées, et de dégager les points communs entre ces conceptions et expériences individuelles. Le déroulement qualitatif de l'étude permet d'obtenir, dans le contexte du vaste thème de la migration du personnel, des points de vue variés sur le regard que portent les professionnels de la santé étrangers employés en Suisse et leurs employeurs sur leur propre histoire et expérience. Avec l'interrogation d'expertes et d'experts dans la troisième phase de l'étude, ces points de vue doivent être complétés par une perspective ayant un caractère plus objectif que subjectif et situés dans un contexte thématique et géographique plus large.

Les résultats de l'étude apportent des réponses aux questions clés suivantes:

- Quel rôle la Suisse joue-t-elle dans le contexte de la migration internationale du personnel de santé?
- Comment le personnel de santé étranger est-il recruté?
- Pourquoi le personnel de santé qualifié émigre-t-il en Suisse et quelles tâches lui confie-t-on dans les établissements suisses?
- Quelles mesures propose-t-on aux plans national et international pour faire face aux besoins en personnel et à la migration internationale du personnel de santé ainsi que pour utiliser le potentiel de développement de la migration?

1.3 Procédure et méthodologie

Cette étude a été réalisée en trois étapes d'août 2009 à juillet 2010 et ses résultats sont présentés dans trois rapports partiels¹³.

Le champ d'étude des deux premières étapes était limité aux cantons de Vaud et de Bâle-Ville. Dans la première phase de l'étude, la perspective des employeurs a été examinée par une enquête menée auprès des représentants d'hôpitaux, d'établissements médico-sociaux et d'agences de placement. La deuxième phase complète la perspective des employeurs par celle des employés en exposant les résultats des interviews réalisées avec du personnel de santé d'origine étrangère travaillant dans les cantons de Vaud et de Bâle-Ville. Des thèses sur la situation actuelle de la Suisse en ce qui concerne le personnel de santé étranger et son recrutement ont pu être formulées à partir des résultats de ces deux enquêtes¹⁴. L'objectif de la troisième phase de l'étude était de faire valider ces thèses par des experts et de les replacer dans un contexte plus large. L'enquête menée auprès des experts visait, en premier lieu, à vérifier le bien-fondé des thèses formulées à partir des résultats de l'enquête auprès des représentants d'employeurs et des employés. Elle devait en outre permettre de déterminer dans quelle mesure les informations recueillies dans les cantons de Vaud et de Bâle-Ville peuvent également s'appliquer aux autres cantons de la Suisse.

Les résultats de toutes les trois phases de l'étude sont résumés dans le présent rapport final à partir du rapport sur la phase d'étude III. Les extraits choisis de la présentation des résultats dans les rapports partiels des deux premières phases de l'étude sont reconnaissables comme tels en étant encadrés.

1.3.1 Structure de l'étude et méthode de relevé des données

L'étude qualitative à la base de ce rapport suit un concept connu sous le nom d'*instantané*¹⁵. L'instantané permet un rapport d'état au moment de l'étude, la saisie tant de savoir expert que de savoir ordinaire et convient en outre à l'analyse de pratiques et de routines. Comme c'est l'usage pour l'*instantané*, les données ont été recueillies au moyen d'interviews qualitatives. Les interviews sont menées à l'aide de fils conducteurs qui comportent les questions centrales et servent de points de repère dans la conduite de l'entretien (interviews semi-structurées). Dans la troisième phase de l'étude, des *interviews* dites d'*experts* ont été réalisées. Les interviews d'experts sont particulièrement intéressantes d'un point de vue méthodologique car elles permettent d'obtenir des déclarations de personnes qui sont expertes dans un certain domaine d'action et représentantes d'un certain groupe¹⁶.

¹³ Ces trois rapports partiels peuvent être consultés dans leur version non publiée auprès de la CDS sous www.gdk-cds.ch → Publications → Rapports.

¹⁴ Les thèses figurent dans l'annexe 4.

¹⁵ Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, p.182 ss.

¹⁶ Cf. Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, p. 214 ss.

1.3.2 Déroulement des interviews

Dans la première phase de l'étude (perspective des employeurs), 14 interviews ont au total été réalisées en octobre et novembre 2009, soit sept dans le canton de Bâle-Ville et sept dans le canton de Vaud. Ont été interrogés des représentants d'hôpitaux, d'établissements médico-sociaux et d'agences de placement: responsables des ressources humaines, responsables de service des soins ou personnes responsables du domaine médical (dans le cas des agences).

Durant la deuxième phase de l'étude (perspective du personnel de santé étranger), 19 interviews qualitatives semi-structurées au total ont été menées de février à avril 2010 dans les cantons de Bâle-Ville et de Vaud. Les médecins et le personnel soignant diplômé d'origine étrangère qui ont pris part à l'étude sont tous employés. Ils ont été interrogés chez eux, dans un café ou sur leur lieu de travail. Il n'y a jamais eu de tierces personnes présentes et les employeurs n'ont été informés de la participation à l'étude que dans deux cas, mais jamais du moment auquel se déroulerait l'interview. Une personne a participé à l'étude uniquement par écrit.

Les 21 interviews auprès des experts pendant la troisième phase de l'étude, soit 20 entretiens téléphoniques et un entretien personnel, ont été réalisées en juin 2010. Deux interviews se sont déroulées en présence de deux experts. 23 avis d'experts ont donc pu être recueillis. Les experts interrogés ont été interviewés soit parce qu'ils représentaient une organisation soit parce qu'ils étaient spécialistes d'un domaine¹⁷. L'échantillon des organisations interrogées était entre autres composé d'associations d'employeurs et d'employés, de grands hôpitaux et de cantons. En vue de la comparaison suprarégionale avec les institutions dans les cantons de Bâle-Ville et Vaud, des représentants des services des ressources humaines d'hôpitaux d'autres régions ont de plus été interrogés. Les autres experts ont été interrogés en tant qu'experts des domaines des métiers de la santé, de la couverture des besoins en effectifs et de la migration du personnel. Notons qu'aucun représentant de la politique n'a été interrogé. Il s'agit là d'un choix délibéré visant à éviter de détourner l'attention du sujet en donnant une dimension politique à l'étude.

1.3.3 Analyse des interviews

Les interviews auprès des employeurs et des migrants ont été dépouillées à l'aide de la méthode du *codage théorique*¹⁸. Cette méthode permet une présentation adaptée à chaque cas de la discussion du thème de l'étude. Elle aide en outre également à la comparaison entre groupes et entre cas, permet donc de comparer les perspectives des cas individuels au sein des groupes employés et employeurs et de mettre en relation les opinions du groupe des employés avec celles du groupe des employeurs.

Les interviews d'experts ont été dépouillées à l'aide de la méthode proposée par Meuser et Nagel¹⁹. Cette méthode a pour but de trouver des unités thématiques en codant les procès-verbaux d'interviews avec ce que l'on appelle des intitulés ou des catégories définis à partir du contenu des déclarations d'experts consignées au procès-verbal. Les déclarations des experts peuvent ainsi être comparées et des généralités formulées sur le champ d'étude de l'enquête. Lorsqu'on utilise cette méthode, il faut cependant toujours veiller à tenir compte des conditions organisationnelles et institutionnelles dans lesquelles les experts ont fait leurs déclarations.

¹⁷ La liste des experts interrogés figure dans l'annexe 1 du présent rapport.

¹⁸ Strauss, Anselm L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München, Wilhelm Fink Verlag.

¹⁹ Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002). „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion“, dans: Bogner, Alexander; Löffel, Beate; Menz, Wolfgang (Ed.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

1.4 Limites

En lisant ce rapport il faut tenir compte du fait que l'interprétation des résultats de l'étude connaît certaines limites. Ces limites résultent tout d'abord de la procédure qualitative. Le présent rapport ne permet pas d'énoncer des fréquences ni des tendances statistiques et n'est pas non plus une étude quantitative globale²⁰. Les échantillons utilisés dans les trois phases de l'étude n'avaient pas non plus pour objectif de représenter une répartition effective des caractéristiques.

Par ailleurs, l'échantillon a été limité au personnel de santé qualifié et tous les domaines de prise en charge n'ont pas été pris en considération avec le même degré d'importance. Enfin, le rapport n'a pas pour but de fournir une description complète de la situation actuelle en Suisse. Seuls les points qui sont au centre des interrogations et/ou qui sont discutés ou évoqués lors des interviews sont abordés en détail. Il en va de même pour les propositions de mesures présentées. Le rapport résume les résultats d'une étude et ne s'entend pas comme état des lieux ou stratégie de formation et de politique de la santé.

²⁰ Une vue d'ensemble des données statistiques relatives au personnel de santé étranger en Suisse figurera dans le rapport que l'Obsan publiera cette année: Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

2 Développement du personnel de santé en Suisse

Comme déjà illustré en introduction à l'aide du modèle de développement du personnel de santé (figure 1, p. 10), la question du recrutement du personnel de santé étranger doit toujours être examinée à la lumière de la situation générale existant en matière de prise en charge dans un pays. Les caractéristiques de la situation de la Suisse dans le contexte de la migration internationale du personnel de santé sont présentées dans cette partie.

2.1 Perception du marché du travail et de la pénurie de personnel

Les employeurs interrogés des cantons de Bâle-Ville et de Vaud parlent tous d'une offre en diminution en personnel infirmier diplômé et en médecins sur le marché du travail suisse du domaine de la santé. Cela se manifeste surtout par une baisse des offres spontanées et également par des postes pourvus à grand peine dans certains domaines spécialisés, p. ex. la radiologie, l'anesthésie ou les soins intensifs. La conséquence de cette évaluation du marché du travail est que les établissements se voient confrontés à un petit nombre de candidats dans l'attribution d'un poste et doivent plutôt conclure des compromis, qui ne touchent cependant pas au niveau de qualification.

Les hôpitaux, les EMS et les agences répondent encore diversement à la question de savoir si l'on peut en Suisse déjà parler d'un manque de personnel chez les infirmières et infirmiers diplômés et chez les médecins. La plupart signalent que le recrutement du personnel soignant non diplômé n'est pas un problème, mais que d'autant plus de difficultés existent s'agissant du personnel soignant diplômé. Certains sont de l'avis qu'il est très difficile de trouver encore du personnel qualifié formé en Suisse et relèvent que l'on se dispute âprement surtout les bons candidats. Il a été mentionné à différentes reprises tant dans le canton de Bâle-Ville que dans le canton de Vaud que la prise en charge ne pourrait être garantie sans personnel étranger.

[Extrait du rapport partiel I : la perspective des employeurs, p. 8]

Les experts interrogés partagent l'avis des représentants d'employeurs interrogés et se fondent, pour appuyer leurs propos, entre autres sur les chiffres publiés en 2009 par l'Obsan, lesquels révèlent un besoin croissant en personnel et un nombre de diplômes décernés comparativement insuffisant²¹. Dans leur rapport sur les besoins en effectifs dans les professions de santé non-universitaires, la CDS et l'OdASanté ont constaté que la moitié à peine des besoins annuels de relève pour les professions infirmières du degré tertiaire étaient couverts²². Il en va de même pour les médecins: certains experts ont ainsi indiqué que le nombre de personnes formées dans ce secteur était beaucoup trop bas par rapport aux besoins actuels et à venir.

Selon les experts, la pénurie de main-d'œuvre qui touche le domaine de la santé est non seulement due au nombre trop peu important de titres décernés, mais aussi et surtout à la durée d'exercice des professions. Pour les professions infirmières notamment, la durée d'exercice est beaucoup trop courte par rapport à la durée de la formation. Il faut également tenir compte du fait que les professions de santé sont exercées prioritairement par des

²¹ Cf. Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

²² CDS et OdASanté (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national*, p. 51.

femmes et que la part des femmes faisant des études de médecine augmente²³. Or, les femmes ont en général un autre plan de carrière que les hommes: elles travaillent de plus en plus souvent à temps partiel car elles doivent concilier travail et famille. Les conditions de travail existant actuellement dans le domaine de la santé expliquent que les femmes abandonnent souvent prématurément leur profession.

Les experts indiquent qu'il existe des différences, en ce qui concerne les besoins en personnel et la formation, entre les cantons, les domaines de spécialité et les types de prise en charge (hôpitaux, soins de longue durée, services d'aide et de soins à domicile). Ainsi, les hôpitaux sont moins touchés par la pénurie de personnel que les établissements de soins de longue durée. En Suisse, certains domaines de spécialité, comme la psychiatrie, sont confrontés à de gros problèmes de relève tandis que d'autres, comme la pédiatrie, ne le sont pas du tout.

Si la situation sur le marché du travail s'aggrave comme prévu, les établissements s'attendent à différentes conséquences. Concernant les conséquences pour l'organisation interne des établissements, ceux-ci partent de l'idée qu'ils devront former davantage, surtout de par la formation complémentaire menant les ASSC au titre d'infirmière/infirmier diplômé. L'intensification des prestations de formation n'a cependant été abordée que par peu d'établissements en comparaison avec la prévision unanime du manque de personnel. Comme autre mesure pour atténuer le manque de personnel, les EMS surtout s'attendent à devoir adapter le *skill mix*, étant en premier lieu entendu par là le remplacement du personnel infirmier diplômé par un personnel d'encadrement moins qualifié. L'introduction des DRG est vue dans la perspective d'un représentant des employeurs comme une chance de repenser les processus internes et de générer ainsi le cas échéant des structures modifiées qui soient performantes également avec moins de personnel diplômé.

[Extrait du rapport partiel I : la perspective des employeurs, p. 10]

2.2 Dépendance vis-à-vis du personnel de santé étranger

Tous les établissements de santé interrogés dans le cadre de cette étude ont déclaré qu'ils étaient en permanence confrontés à une situation de pénurie en raison de l'offre relativement faible en personnel qualifié. Pour pouvoir tout de même garantir la prise en charge, ils sont obligés de faire appel à de la main-d'œuvre étrangère. Les employeurs interrogés ont déclaré qu'ils se trouvaient désormais dans une situation de dépendance et qu'ils pourraient être amenés à rencontrer de grosses difficultés s'ils ne pouvaient plus autant profiter de cette source de recrutement, ce que confirment la plupart des experts. La Suisse se trouve au-dessus de la moyenne des autres pays de l'OCDE pour ce qui est du recrutement de personnel de santé étranger²⁴.

La proportion et l'afflux du personnel de santé d'origine étrangère ne sont pas faciles à chiffrer, comme le révèle le dernier rapport de l'Obsan²⁵. Il est notamment difficile d'évaluer précisément le nombre de personnes de nationalité étrangère et le nombre de personnes ayant obtenu leur diplôme à l'étranger. Selon le rapport de 2009 sur l'évolution des besoins, la part du personnel de santé étranger dans les hôpitaux au niveau tertiaire de soins s'élevait à

²³ Les femmes représentent entre 78% et 92% des effectifs. Cf. Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé, p. 87.

²⁴ Cf. OCDE (2010) *International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to Address the Global Health Workforce Crisis. Policy Brief*, février 2010, Paris, OCDE.

²⁵ Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

37,5% en 2006. Les différences régionales sont toutefois considérables puisque cette part était de 55,3% en Suisse latine et de 24,8% en Suisse alémanique²⁶. La part de médecins de nationalité étrangère exerçant en Suisse a été estimée à 37% en 2007²⁷.

Les cantons proches de la frontière, comme Bâle-Ville, Genève ou le Jura, présentent un pourcentage élevé de personnel étranger en raison des nombreux frontaliers qui viennent y travailler. La part de médecins étrangers actifs en milieu hospitalier oscille entre 21% dans le canton de Vaud et 88% dans les demi-cantons d'Appenzell. De manière générale, Vaud, Fribourg, Genève, Neuchâtel, le Jura et le Tessin emploient une part de médecins étrangers moins élevée que les cantons suisses alémaniques²⁸.

Les différences régionales s'expliquent par plusieurs raisons selon les experts. La proximité de la frontière est certainement déterminante, mais il existe d'autres facteurs pouvant attirer ou, au contraire, repousser aussi bien le personnel étranger que les indigènes: par exemple, le niveau de salaire d'un canton, les domaines de spécialité de l'hôpital central, l'urbanité d'un canton, les conditions de travail dans les plus grands établissements ou l'offre en écoles et en crèches.

2.3 Conséquences sur la politique du personnel des établissements

Comme l'a montré l'enquête auprès des établissements, la situation sur le marché du travail a des conséquences sur la politique du personnel. En effet, les établissements souhaitent garder leurs employés, notamment ceux qui sont qualifiés, le plus longtemps possible, et ce non seulement parce qu'il est difficile de trouver des personnes ayant le bon profil mais aussi parce que les coûts relatifs à leur accueil et, éventuellement, à leur formation sont relativement élevés. Cela signifie notamment qu'ils proposent principalement des contrats à durée indéterminée au personnel infirmier diplômé, que celui-ci vienne de Suisse ou de l'étranger. Les médecins assistants sont cependant toujours employés à durée déterminée. Cette politique de fidélisation du personnel par le biais d'emplois fixes est la plus répandue, notamment en Suisse centrale. En Suisse romande, le personnel de santé n'est plus souvent engagé qu'à durée déterminée.

Il a été mentionné plus souvent par les experts que par les représentants des établissements qu'une politique de fidélisation du personnel fondée uniquement sur des contrats de travail à durée indéterminée ne saurait être suffisamment efficace. Pour garder le personnel qualifié, il serait préférable de faire des efforts pour améliorer les conditions de travail.

2.4 La Suisse, pays d'accueil

Selon plusieurs experts, la Suisse s'est toujours trouvée dans une situation de dépendance vis-à-vis du personnel étranger, mais la part de personnel étranger a augmenté par rapport à ce qu'elle était. Par ailleurs, les pays d'origine ont changé. Alors que le personnel provient aujourd'hui essentiellement de l'espace européen, il provenait de plus loin dans les années 80 (cf. partie 3.4).

Dans le contexte mondial, la Suisse se situe au bout de la chaîne le long de laquelle le personnel de santé émigre. Elle recrute son personnel surtout dans les pays voisins et participe, en raison de l' "effet domino" qui est provoqué, à un mécanisme plus vaste, portant ainsi indirectement préjudice aux pays se trouvant dans une situation précaire en matière de prise

²⁶ Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé, p. 37.

²⁷ FMH et Obsan (2007). *Monitoring des médecins actifs en milieu hospitalier. Données 2007*, p. 8.

²⁸ FMH et Obsan (2007). *Monitoring des médecins actifs en milieu hospitalier. Données 2007*, p. 9.

en charge²⁹. La Suisse peut être considérée comme un pays d'accueil, d'une part, parce qu'elle fait partie des pays présentant la plus grande part de personnel étranger dans leur système de santé et, d'autre part, parce qu'elle recrute du personnel étranger en perdant très peu le personnel qu'elle forme (contrairement à d'autres pays comme la Grande-Bretagne)³⁰.

2.5 Perception de la migration internationale du personnel de santé

Les résultats de l'enquête montrent qu'il existe un fossé énorme entre le débat politique et économique au plan international et le discours tenu par les établissements de santé en ce qui concerne la migration internationale de personnel de santé, le mécanisme qui y est rattaché et ses conséquences. Le monde du travail et, plus précisément, les personnes chargées du recrutement du personnel de santé dans les établissements ne prennent que petit à petit conscience que les autres pays sont confrontés à la même situation et que la pénurie de personnel dans le domaine de la santé est un phénomène mondial³¹. Ainsi, ils ne réalisent guère qu'en recrutant du personnel étranger, ils privent le pays d'origine concerné de main-d'œuvre qualifiée.

Même lorsque le caractère problématique de la migration du personnel de santé est en partie reconnu, il ne suscite dans les établissements qu'un intérêt réduit dans la mesure où ceux-ci ne s'occupent que de couvrir leur besoin en médecins et personnel infirmier diplômé et n'en viennent nullement à se pencher sur des problèmes supplémentaires. Ils ont souvent déploré qu'ils étaient certes conscients que le recrutement de personnel de santé étranger peut avoir des conséquences négatives et est éthiquement discutable, mais que l'on avait besoin de la main-d'œuvre étrangère. Les établissements se disent en outre dépassés par l'étendue et la portée du problème. Les mesures ou les efforts pour débattre de cette problématique ont donc aussi largement fait défaut jusqu'ici. Les grands hôpitaux publics des deux cantons sont conscients que leur attitude en la matière, leur politique du personnel et leur pratique de recrutement ont une influence politique et qu'il faut en conséquence éviter de brusquer les pays voisins.

[Extrait du rapport partiel I : la perspective des employeurs, p. 19]

Il s'avère plus difficile d'énoncer des généralités sur la manière dont les migrants perçoivent la migration internationale du personnel de santé et leur rôle dans ce contexte. Ce sont surtout les médecins, mais ils ne sont pas les seuls, qui s'intéressent au phénomène et qui ont conscience des inquiétudes liées aux conséquences de leur départ pour leur pays d'origine. Les avis sur la question diffèrent toutefois d'une personne à une autre. Ceux qui n'ont pas conscience de toute cette problématique sont moins enclins à s'impliquer pour soutenir le système de santé étranger ou de leur pays d'origine.

On peut supposer qu'il existe des différences de perception entre les migrants venant de pays membres de l'UE et ceux venant de pays tiers. En comparaison internationale, les Européens vivent dans une société fortement individualiste: quand ils émigrent, ils pensent moins

²⁹ Cf. aussi Silberschmidt, Gaudenz; Merçay, Clémence (2009). *Where do the best go? Global competition for healthcare professionals. What role does migration play in their career future?*, careum working paper 3, Zurich, Careum, p. 5.

³⁰ OCDE (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OCDE, p. 59 et Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Genève, Organisation internationale du travail, p. 7.

³¹ Cf. Clark, Paul F.; Stewart, James B. et al. (2006). „The globalisation of the labour market for health-care professionals“, dans: *International Labour Review*; 145 (1-2), p. 38 ss.

aux conséquences que peuvent avoir leurs actes pour la collectivité. De plus, la mobilité est expressément souhaitée en Europe et a été considérablement facilitée depuis l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes. C'est la raison pour laquelle la question d'une éventuelle compensation financière des investissements à perte réalisés par les pays d'origine dans la formation se heurte à l'incompréhension de nombreux migrants.

3 Le recrutement du personnel de santé étranger

Le fait que la Suisse doit faire appel à du personnel étranger amène à s'interroger sur la manière dont cela se passe et donc à se poser plusieurs questions, à savoir: quels moyens les établissements emploient-ils pour recruter les employés qualifiés? Comment le personnel qualifié étranger est-il informé des offres d'emploi et quelles expériences fait-il avec le recrutement dans le système de santé suisse?

3.1 Stratégies de recrutement en Suisse et à l'étranger

L'enquête menée dans les cantons de Vaud et de Bâle-Ville a montré qu'au vu d'un marché du travail de plus en plus tendu les établissements sont constamment à la recherche de nouvelles stratégies de recrutement et utilisent toujours plusieurs canaux de recrutement en même temps.

Annonces, soin de l'image et Internet

De nombreux établissements continuent à recevoir des candidatures spontanées, mais toujours plus rarement. Le bouche à oreille qui bénéficie du réseau de relations des employés et des échanges entre employés de différents établissements suscite selon certains établissements des candidatures supplémentaires. Cela vaut en particulier pour les médecins et le personnel soignant étrangers. Conscients que le personnel qualifié compare les établissements – entre autres via les jugements émis par des collègues – certaines cliniques privées et également certains hôpitaux universitaires s'efforcent de manière croissante d'avoir une image de bon employeur vis-à-vis de l'extérieur. De nombreux établissements planifient de se présenter davantage dans des foires et des manifestations en tant qu'employeurs attractifs. Le canal de recrutement le plus employé et également celui qui a le plus de succès est Internet, que ce soit sur le propre site web des établissements ou sur des plates-formes de placement. L'avantage des plates-formes externes est pour les employeurs que le public touché est beaucoup plus grand et que trouver l'annonce ne suppose pas une recherche ciblée dans un établissement déterminé. Des annonces sont en partie encore publiées dans les journaux, mais cette formule est plutôt évitée en raison des coûts élevés. Le taux de réponses aux annonces dans les journaux laisse également à désirer.

Agences de placement privées

Selon les employeurs interrogés, le canton de Vaud recourt plus souvent et plus régulièrement que le canton de Bâle-Ville aux prestations d'agences de placement privées. Les établissements bâlois cherchent autant que possible à éviter les coûts élevés des agences de placement. Dans les deux cantons, les agences sont le plus souvent engagées pour les cas dits d'urgence, c.-à-d. lors de défections à court terme: quand il s'agit de trouver le plus vite possible des remplaçants temporaires. D'après les agences, les absences liées à la maladie augmentent chez le personnel soignant diplômé. Pour des postes difficiles à pourvoir dans certaines spécialités, p. ex. la technique opératoire ou les soins intensifs, les agences sont déjà utilisées comme première stratégie de recrutement.

Engagement dans la formation

Le recrutement par un engagement renforcé dans la formation a également été mentionné comme stratégie. A côté de la formation dans l'établissement, un em-

ployeur propose la suppression du numerus clausus, le contact étroit avec les prestataires de formation et l'offre de places de stage comme mesures pour promouvoir la formation. Il y a des établissements qui œuvrent fortement pour la formation de personnel qualifié et d'autres qui s'engagent moins. Une clinique privée vaudoise engage exclusivement du personnel soignant formé, diplômé et expérimenté. Une clinique privée dans le canton de Bâle-Ville et un hôpital public dans le canton de Vaud soulignent au contraire que c'est pour eux une préoccupation de former un personnel soignant diplômé aussi nombreux que possible et de le garder dans l'établissement également après la formation.

Le cas particulier des médecins

Le recrutement de médecins est dans l'ensemble ressenti comme plus compliqué et jugé presque impossible dans certaines spécialités. Davantage de canaux encore sont en conséquence utilisés dans la recherche des médecins ayant le profil requis. En font partie les annonces dans les revues professionnelles et l'usage ciblé des contacts des médecins travaillant déjà dans l'établissement. Il n'est guère fait appel à des agences de placement pour le recrutement de médecins. Un hôpital bâlois rapporte que, dans des situations particulièrement précaires et après une attente et des recherches longues, les postes doivent souvent également être attribués via des rogrades entre les médecins déjà engagés.

[Extrait du rapport partiel I : la perspective des employeurs, p. 11-12]

On peut constater en résumé qu'au vu d'un marché du travail de plus en plus tendu les établissements recherchent des stratégies de recrutement toujours nouvelles. Mais il apparaît aussi qu'Internet et la recherche par l'intermédiaire de réseaux gagnent toujours plus en importance et conduisent le plus probablement au succès.

3.1.1 Recrutement actif à l'étranger

D'après les responsables du personnel interrogés, la majeure partie du personnel étranger n'a pas à être recrutée ni informée de façon active à l'étranger. Internet permettrait aux chercheurs d'emploi de se tenir au courant des postes à pourvoir, même depuis l'étranger. Ils n'ont par conséquent plus à être contactés ou informés directement. C'est pour cette raison, mais aussi à cause du peu de tentatives ayant abouti et des coûts supplémentaires qui sont engendrés, que la plupart des établissements se montrent, à leurs propres dires, réticents à recruter activement à l'étranger. Il leur arrive cependant de publier des annonces en ligne ou dans des revues spécialisées dans les pays voisins (parfois seulement dans les régions frontalières, parfois sur l'ensemble du territoire).

Les résultats de l'étude laissent toutefois supposer que la tendance en ce qui concerne le recrutement actif à l'étranger sera à la hausse. Car même les établissements qui ne recrutent pour l'instant guère de manière active à l'étranger considèrent qu'ils se tourneront à l'avenir davantage vers l'étranger pour recruter. Quelques-uns des experts interrogés pensent que la Suisse recrute déjà de façon offensive, p. ex. aux Philippines, en Inde ou au Portugal.

3.1.2 Le rôle des agences de placement

Le rôle des agences de placement occupe une place importante dans les discussions sur le recrutement de personnel à l'étranger. Les réponses à l'enquête menée auprès des employeurs en ce qui concerne le recrutement en Suisse et à l'étranger par le biais d'agences de placement ne sont pas univoques. Alors que les établissements du canton de Bâle-Ville disent ne recourir que très rarement aux agences de placement suisses lorsqu'ils souhaitent

recruter du personnel, les établissements du canton de Vaud y font, eux, appel. Parmi les établissements du canton de Vaud interrogés, il y en avait un qui recrutait activement du personnel à l'étranger par le biais d'une agence de placement au Canada et d'une agence au Portugal avec lesquelles il collaborait, pour la première, depuis plusieurs années et, pour l'autre, depuis peu.

L'enquête auprès du personnel de santé étranger a cependant montré que le rôle des agences de placement étrangères devait être plus important que ce que le laissent entendre les employeurs. Plus d'un quart des personnes interrogées ont en effet été recrutées par le biais d'agences spécialisées situées au Canada, en France ou en Belgique.

Dans le cas des agences étrangères, l'engagement était la plupart du temps soumis à des conditions, selon les dires des personnes engagées. Le salaire était presque toujours plus bas pendant la première année, en revanche les frais de séjour et d'assurance étaient en partie couverts. En outre, l'engagement devait impérativement durer une année au minimum. Dans un cas, l'agence aurait menacé la personne engagée de réduire son salaire en cas de résiliation anticipée des rapports de travail et l'aurait dissuadée d'y mettre fin prématurément au moyen d'un "coaching". La personne concernée s'est fortement sentie bridée et surveillée. Selon les personnes interrogées, l'un des avantages des agences réside dans le fait que les tâches administratives et l'investissement pour les candidatures sont moindres.

[Extrait du rapport partiel II : la situation du personnel de santé immigrant, p. 15]

Aussi bien les employeurs que les employés ont reconnu que l'un des avantages des agences de placement réside dans le fait qu'elles assument les tâches administratives liées à la reconnaissance des diplômes et à l'autorisation de séjour. Si le recrutement de personnel venant directement de l'étranger devait augmenter, il est probable que l'on fasse plus souvent appel aux agences de placement pour alléger la charge de travail administratif des établissements de santé³².

Les experts qui se sont exprimés sur le rôle des agences de placement ont déclaré que l'on recourait très souvent aux agences de placement suisses dans les grandes villes comme Bâle, Zurich, Genève ou Lausanne et plus rarement en Suisse centrale. Lorsqu'un employé étranger se manifeste auprès d'une agence suisse avant de quitter son pays, on considère qu'il s'agit indirectement d'un recrutement à l'étranger. Les méthodes de recrutement des agences étrangères qui placent des employés en Suisse ou des agences suisses qui collaborent avec des agences étrangères ont parfois été jugées très agressives et très peu transparentes. La littérature spécialisée souligne également comme une anomalie le fait qu'il existe relativement peu d'informations sur la pratique des agences de placement actives au plan international malgré l'importance croissante de ces dernières³³. Pour l'instant, on ne peut dire exactement dans quelle mesure les établissements, même les suisses, collaborent avec les agences de placement étrangères.

³² Cf. Maybud, Susan; Wiskow, Christiane (2006). „Care Trade: The international brokering of health care professionals“, dans: Kuptsch, Christiane (Ed.). *Merchants of Labour*. Genève, Institut international d'études sociales, Organisation internationale du travail, p. 231.

³³ Connell, John; Stilwell, Barbara (2006). „Merchants of medical care: Recruiting agencies in the global health care chain“, dans: Kuptsch, Christiane (Ed.). *Merchants of Labour*. Genève, Institut international d'études sociales, Organisation internationale du travail, p. 243.

3.1.3 Respect de directives sur le recrutement éthique de personnel

L'OMS se préoccupe depuis longtemps déjà du recrutement international et des problèmes éthiques qui y sont liés. Lors de la 63^e Assemblée mondiale de la santé, qui a eu lieu en mai 2010, l'OMS a adopté un *Code de pratique mondial pour le recrutement international des personnels de santé*³⁴. Les Etats membres ne sont pas tenus d'appliquer ce code mais ils peuvent s'en servir de guide éthique lors du recrutement de personnel de santé étranger. Les principes qui y sont énoncés vont être mis en œuvre dans la politique nationale et la législation des Etats membres, parfois par le biais d'accords bilatéraux ou multilatéraux³⁵.

Dans le contexte des négociations relatives au code de pratique de l'OMS, il a été demandé aux établissements de Vaud et de Bâle-Ville participant à l'étude s'ils observaient déjà des directives pour un recrutement éthique du personnel de santé. Leurs réponses ont amené à formuler la thèse selon laquelle il n'y a guère d'établissements qui observent pour l'heure des directives internes ou internationales car les tâches quotidiennes et le manque de personnel ne leur laissent pas de marge de manœuvre pour réfléchir à une politique éthique de recrutement.

Cette thèse est validée par tous les experts. D'après ces derniers, l'éthique dans le recrutement international préoccupe plus les acteurs de la politique internationale que les établissements eux-mêmes, et ce pour plusieurs raisons. Tout d'abord, les experts ne sont pas certains que ces principes éthiques soient vraiment connus des établissements et parlent d'un manque d'information et de sensibilisation de la part des autorités. Ils expliquent par ailleurs qu'on n'est pas en droit d'attendre quoi que ce soit des établissements si ces derniers ne reçoivent aucune recommandation des instances supérieures relatives à un recrutement éthique du personnel. Enfin, lorsque les établissements recrutent, ils se trouvent presque toujours dans une situation d'urgence et sont donc soumis à une très forte pression.

3.2 Expériences du personnel étranger avec le recrutement et la recherche d'emploi

L'enquête menée auprès des médecins et des infirmiers diplômés étrangers sur leurs expériences avec le recrutement et la recherche d'emploi a révélé qu'ils ont trouvé leur premier poste en Suisse principalement par le biais d'Internet, d'agences de placement ou de leurs contacts personnels. Ce dernier canal de recrutement a notamment été utilisé par les médecins, qui ont un réseau de contacts dans le monde plus étendu du fait qu'ils appartiennent au milieu académique.

Les résultats de l'enquête montrent que ce sont les motifs de migration qui déterminent si un travailleur étranger commence déjà à chercher un emploi dans son pays d'origine ou s'il n'entame ses recherches qu'une fois en Suisse. Une personne qui souhaite émigrer pour des raisons professionnelles cherche généralement un poste en Suisse alors qu'elle se trouve encore dans son pays d'origine. Par contre, une personne qui émigre pour des raisons non professionnelles - p. ex., pour fonder une famille - ne cherche souvent un emploi qu'une fois qu'elle est installée en Suisse.

Il est relativement facile pour le personnel très qualifié des pays membres de l'UE de trouver un emploi qui correspond à ses attentes. En témoigne le fait qu'il a, la plupart du temps, trouvé les procédures de candidature simples et très rapides. L'affirmation des représentants d'employeurs selon laquelle il y a relativement peu de candidats pour un poste est donc

³⁴ OMS (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Genève, OMS.

³⁵ Cf. OMS (2009). *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel. Background paper*. Genève, OMS.

conforme aux expériences vécues par le personnel de santé étranger. Les experts indiquent que les compétences linguistiques et techniques ainsi que la reconnaissance des diplômes sont des facteurs qui peuvent faciliter la recherche d'emploi.

3.3 Pratique en matière de reconnaissance des diplômes et d'autorisation de séjour

La procédure administrative liée à la demande d'autorisation de séjour du futur employé fait également partie du processus de recrutement du personnel de santé étranger³⁶. La question de la reconnaissance des diplômes est donc fondamentale. Les résultats de l'étude montrent que les employeurs ont l'habitude de ce genre de formalités. Ainsi, les établissements sont très bien informés sur la procédure de reconnaissance des diplômes dans le domaine des soins infirmiers. Les pratiques sont très différentes d'un établissement à un autre, ce qui a d'ailleurs été confirmé par les experts: certains considèrent que la reconnaissance du diplôme est une condition impérative à l'embauche, d'autres aident leurs employés durant la procédure de reconnaissance et assument une partie des coûts. Notons que des établissements ont même fait traîner la procédure de reconnaissance de certains de leurs employés.

Il y a aussi des hôpitaux et des EMS pour lesquels une reconnaissance de diplôme est une condition impérative ou qui laissent la reconnaissance complètement à la responsabilité des futurs employés, c.-à-d. au temps et aux ressources financières que ceux-ci y consacrent. Selon l'expérience d'une agence de placement, cette pratique peut mener à ce que certains professionnels étrangers exercent, du moins à court terme, un emploi sous-qualifié en raison du temps et de l'argent nécessaires à la reconnaissance. Ils ne travaillent alors avec une formation d'infirmière/infirmier diplômé(e) que comme assistant(e) en soins et, dans certains cas, avec une formation de médecin que dans les soins.

[Extrait du rapport partiel I : la perspective des employeurs, p. 16]

Selon les experts, de moins en moins de membres du personnel infirmier diplômé d'origine étrangère ne font pas reconnaître leur diplôme, ce qui serait dû au fait que les cantons procèdent à des contrôles plus fréquents dans les établissements publics afin de savoir si les employés occupent des fonctions correspondant à leurs qualifications et qu'ils demandent des justificatifs pour s'en assurer. Dans les établissements privés, la pratique en la matière est laissée au bon vouloir de la direction du personnel. Le problème pour les migrants, c'est qu'ils sont tributaires des informations et du soutien (financier) que l'établissement leur donne pour la reconnaissance de leur diplôme. L'aboutissement de la procédure de reconnaissance est une étape importante pour le personnel infirmier diplômé. Les cours suivis en vue de la reconnaissance des diplômes permettent, selon les cas, d'améliorer considérablement les compétences acquises lors de la formation suivie dans le pays d'origine.

3.4 Pays de recrutement

La Suisse recrute son personnel de santé essentiellement dans les pays membres de l'UE, en raison notamment du système binaire d'admission des travailleurs étrangers. Lorsqu'elle ne recrute pas dans l'espace européen, la Suisse recrute surtout dans les pays de l'OCDE³⁷.

³⁶ Depuis l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation des personnes en 2002, celle-ci est beaucoup plus simple pour les ressortissants des pays membres de l'UE et de l'AELE.

³⁷ OCDE (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OCDE, p. 59.

3.4.1 Importance des pays voisins

Il convient de souligner l'importance des pays voisins de la Suisse. La majeure partie des employés qualifiés d'origine étrangère travaillant en Suisse dans le domaine de la santé vient d'Allemagne, de France, d'Italie et (dans une moindre mesure) d'Autriche³⁸. Notons qu'il y a parmi eux de nombreux frontaliers. Ainsi, Genève, le Tessin et les cantons du Nord de la Suisse situés à proximité de la frontière attirent des frontaliers venant respectivement de France, d'Italie et d'Allemagne.

Le fait que le personnel de santé étranger provient majoritairement des pays voisins de la Suisse pose certains problèmes. Si ces pays venaient à changer la politique du personnel dans leur système de santé et à améliorer les conditions de travail dans ce secteur et si le personnel ne voulait plus émigrer ou même s'il décidait, pour celui étant déjà parti, de retourner dans son pays, les conséquences pourraient être lourdes pour la Suisse. L'exemple des médecins allemands montre d'ailleurs que cette tendance se dessine déjà. Ainsi, ces derniers ont vu leurs conditions de travail s'améliorer considérablement. De plus, ils n'ont plus à effectuer les 18 mois de stage obligatoires à la fin de leurs études puisque cette obligation a été supprimée en 2004. Or, ce sont justement ces 18 mois de stage qui ont incité de nombreux médecins qui venaient de terminer leurs études à venir travailler en Suisse comme médecins assistants pour contourner cette obligation. Autre exemple: la crainte du canton du Tessin que l'Italie accentue la pression sur son personnel infirmier diplômé et le force à poursuivre sa formation en Italie pour que son diplôme reste valable. Le canton du Tessin a pris des mesures puisqu'il collabore désormais avec l'Italie pour ce qui est des offres en matière de perfectionnement.

3.4.2 Critères pour les pays de recrutement préférés

Indépendamment de la composition effective des nationalités de leur personnel de santé, il a été demandé aux établissements quels étaient les pays dans lesquels ils préféreraient recruter et pourquoi. L'aspect éthique (p.ex., la densité du personnel dans le pays d'origine) n'a guère été pris en considération lors du recrutement. Ce sont les quatre critères suivants qui ont été déterminants pour les responsables du personnel:

- Connaissances linguistiques: l'idéal est de trouver des personnes dont la langue maternelle est celle qui est parlée dans l'établissement.
- Compétences: plus le nombre de compétences acquises grâce à la formation suivie dans le pays d'origine est important, mieux c'est.
- Formation: plus elle est proche des standards suisses, mieux c'est.
- Compétence culturelle et capacité d'intégration.

Les experts interrogés ont, eux aussi, relevé qu'on ne pouvait pas recruter du personnel de n'importe quelle nationalité, même si la politique migratoire ne s'y opposait pas. La langue et la culture limiteraient donc considérablement le choix des pays de recrutement, notamment dans le domaine des soins de longue durée dans les établissements médico-sociaux et les services d'aide et de soins à domicile.

3.4.3 Voies migratoires

La Suisse et les pays dans lesquels elle recrute la majeure partie de son personnel de santé étranger se trouvent dans un schéma de migration global, également appelé „effet domino“, „modèle en cascade“ ou „effet de carrousel“. Cette *chaîne de migration* voit le jour en

³⁸ Cf. Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

ce sens que les emplois libérés par les émigrés sont occupés par les immigrés³⁹. La Suisse recrute surtout en Allemagne et en France, qui recrutent, à leur tour, en Belgique, aux Pays-Bas et dans les nouveaux Etats membres de l'UE. Ainsi, la Suisse, tout comme l'Australie, le Canada et les Etats-Unis, se situent presque au pied de la cascade. Il s'agit en effet de pays dans lesquels beaucoup de personnes immigreront mais qui perdent très peu de personnel au profit d'autres pays⁴⁰.

L'enquête auprès du personnel de santé a permis de déterminer que les principales voies migratoires étaient les suivantes: est-ouest (à l'intérieur de l'Europe et de l'Asie vers l'Europe), nord-sud à l'intérieur de l'Europe, sud-nord (à l'intérieur de l'Europe et de l'Afrique vers l'Europe), Amérique du Nord-Europe et Amérique centrale-Europe.

Les voies migratoires en Suisse s'expliquent notamment par des raisons tenant à la proximité géographique, linguistique et culturelle, ce qui se reflète également dans les critères pour les pays de recrutement préférés qui ont été cités par les établissements (cf. partie 3.4.2) et dans la liste des atouts de la Suisse qui a été donnée par le personnel de santé étranger pour justifier son immigration. Contrairement à la France ou à la Grande-Bretagne, la Suisse ne connaît pas de mouvements migratoires post-coloniaux.

³⁹ Wiskow, Christiane (2007). „Internationale Migration von Gesundheitspersonal : WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter?“, dans: Schweizerisches Rotes Kreuz (Ed.). *Migration – Ein Beitrag zur Entwicklung?* Zürich, Seismo, p. 112.

⁴⁰ Cf. OCDE (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OCDE, p. 59f.

4 Le personnel de santé étranger en Suisse

L'étude réalisée a permis d'apporter des informations importantes sur l'identité des employés étrangers qui travaillent en Suisse dans le secteur de la santé, les raisons de leur venue et le déroulement de leur activité professionnelle. Comme on pouvait s'y attendre, l'enquête a confirmé que la Suisse est obligée, depuis plusieurs décennies déjà, de recruter du personnel de santé venant de l'étranger. Ainsi, certains des employés interrogés sont venus travailler en Suisse avec un diplôme étranger avant 1980. En outre, l'étude a révélé que le personnel de santé étranger est relativement jeune au moment d'immigrer en Suisse. En effet, la décision de migration se prend relativement tôt au cours de la vie. La plupart du temps, les personnes interrogées sont venues en Suisse après avoir terminé leur formation ou après avoir pris la décision de fonder une famille avec leur partenaire.

4.1 Motifs de migration

La question des facteurs qui ont poussé le personnel de santé à quitter son pays (facteurs push) et à venir en Suisse (facteurs pull) est essentielle. C'est surtout l'espoir de trouver de meilleures conditions de travail et de meilleures perspectives professionnelles qui a poussé ces personnes à venir en Suisse. En effet, les conditions de travail dans ce pays sont toujours jugées meilleures comparées à celles du pays d'origine, que ce soit concernant le salaire ou la souplesse des conditions de travail (p. ex., reconnaissance accrue des professions de santé ou des structures d'équipe). Les motifs non professionnels, notamment le fait d'avoir de la famille dans le pays, de vouloir fonder une famille ou d'être en couple, pèsent également souvent dans la balance. Le fait par exemple que le partenaire est d'origine suisse ou qu'il a de meilleures opportunités professionnelles en Suisse est souvent une raison pour émigrer dans ce pays en tant que *tied mover* („migrant attaché“)⁴¹. L'amélioration des conditions de vie est un facteur déterminant, surtout pour les personnes provenant d'Etats non membres de l'UE.

Conditions de travail

Tant les médecins que le personnel soignant diplômé ont le plus souvent dénoncé de mauvaises conditions de travail, en tant que partie des conditions générales politiques, économiques et culturelles, comme raison de quitter le pays d'origine. Le salaire trop bas a plusieurs fois été spécialement mentionné. D'un côté, le salaire ne correspondait pas au travail accompli, et de l'autre, il ne suffisait pas à garantir le minimum vital. Les horaires ont également plusieurs fois été qualifiés d'intenables. Dans le domaine médical, la critique concerne des temps de travail en général trop élevés en raison de trop nombreux mandats supplémentaires que les supérieurs ont acquis pour compenser leur propre faible revenu. Dans les soins, le système canadien, dans lequel les membres les plus anciens du personnel soignant peuvent choisir leurs horaires et les nouveaux doivent prendre les plages restantes, a en particulier été critiqué. Les personnes interrogées ont été obligées de travailler pendant deux ans de nuit ou „sur appel“ exclusivement. Le principe d'ancienneté semble être déterminant aujourd'hui encore pour la planification des horaires au Canada⁴². La charge psychique élevée du travail, le manque de reconnaissance, ainsi que des compétences trop restreintes ont également été mentionnés comme facteurs "push" liés au travail. La plupart des conditions de travail indiquées comme facteurs "push"

⁴¹ Cf. Mincer, Jacob (1978). „Family Migration Decisions“, dans: *Journal of Political Economy*; 86 (5).

⁴² Cf. Shields, Margot; Wilkins, Kathryn (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa, Ministre de l'Industrie.

sont d'ailleurs également critiquées par le personnel soignant en Suisse et représentent un risque général d'abandon des professions de soins.

Plusieurs des personnes interrogées espéraient qu'un déménagement en Suisse leur permettrait également de trouver ici de meilleures conditions de travail. Le salaire, meilleur en comparaison avec le pays d'origine, a particulièrement été souligné notamment par les médecins. Dans le domaine des soins, les compétences plus élargies, la plus grande reconnaissance sociale des professions de soins et la possibilité de choisir les horaires de travail sont des points mentionnés comme particulièrement positifs.

[Extrait du rapport partiel II : la situation du personnel de santé immigrant, p. 10]

Au vu des motifs de migration invoqués, on peut dire que le personnel de santé ne fait pas figure d'exception: la plupart des personnes qui émigrent à l'étranger le font parce qu'elles y ont trouvé un emploi et des opportunités professionnelles ou pour accompagner un membre de leur famille qui migre pour des raisons professionnelles⁴³.

Les décisions de migration prises par le personnel de santé procèdent toujours de décisions individuelles qui peuvent être prises de façon très différente selon le pays d'origine et le parcours de la personne concernée et qui sont influencées par le contexte socio-économique⁴⁴. La Suisse peut sans aucun doute tirer profit de son haut niveau de salaire, de ses bonnes conditions de travail⁴⁵, de sa qualité de vie élevée et de sa bonne réputation dans le milieu académique international. Ce sont en effet ces atouts qui rendent la Suisse si attrayante aux yeux du personnel de santé étranger.

4.2 Intentions de migrations futures

L'étude a révélé que les médecins et les infirmiers étrangers interrogés souhaitent, pour la plupart, rester en Suisse à long terme, et ce notamment parce qu'ils savent qu'ils ne trouveront pas ailleurs de meilleures conditions de travail ni de meilleures perspectives professionnelles et parce qu'ils se sont bien intégrés sur le plan tant personnel que professionnel. La plupart des personnes interrogées ne pourraient envisager de retourner dans leur pays d'origine ou d'émigrer dans un pays tiers qu'à certaines conditions bien spécifiques. On voit bien là que la migration permanente est le type de migration le plus fréquent en Suisse et que ce pays n'est pas simplement une étape dans un plan de migration plus long.

Séjour en Suisse

La quasi totalité des personnes interrogées prévoient de rester en Suisse. La raison la plus fréquemment invoquée est le fait que la famille s'est entre-temps adaptée à la Suisse, en d'autres termes, que les enfants y vont à l'école et sont bien intégrés et que le/la partenaire s'est aussi installé-e au niveau professionnel. Les autres raisons évoquées pour rester en Suisse sont les suivantes: l'attrait du poste occupé actuellement, de bonnes conditions de travail, l'absence de perspectives professionnelles comparables à l'étranger, la situation en matière de sécurité en Suisse, des problèmes de santé, un appartement en copropriété ou le fait de pouvoir se rendre facilement dans le pays d'origine par avion.

⁴³ Kingma, Mireille (2006). *Nurses on the Move. Migration and the Global Health Care Economy*. New York, Cornell University Press, p. 11.

⁴⁴ Voir aussi Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Genève, Organisation internationale du travail, p. 12.

⁴⁵ Cf. Silberschmidt, Gaudenz; Merçay, Clémence (2009). *Where do the best go? Global competition for healthcare professionals. What role does migration play in their career future?*, careum working paper 3, Zurich, Careum, p. 10.

Retour dans le pays d'origine

Les personnes interrogées veulent en principe rester en Suisse, et ce, entre autre parce qu'un retour dans le pays d'origine ne représente pas une véritable option pour elles. Les facteurs pour lesquels elles ne veulent pas retourner dans leur pays d'origine sont en grande partie comparables aux facteurs "push" qui ont à l'origine contribué à la décision de quitter le pays. L'appréciation du pays d'origine est pour la plupart des personnes interrogées empreinte de leurs expériences et de leur perception des conditions en Suisse. Ainsi, les raisons contre un retour dans le pays d'origine se sont aussi concrétisées entre-temps face aux raisons pour quitter le pays. Il se dégage ainsi les obstacles suivants à un retour dans le pays d'origine:

1) Conditions de travail, perspectives professionnelles et perfectionnement

Quelques personnes trouvent les conditions de travail dans leur pays d'origine toujours trop mauvaises ou considèrent que les structures de santé publique de leur pays ne sont plus tolérables après avoir travaillé dans le système suisse. A ce propos, le manque de considération accordée aux professions de soins à l'étranger a particulièrement été pointé du doigt. D'autres craignent d'avoir de la peine à se réadapter au mode de travail de leur pays d'origine étant donné que les méthodes de travail, les compétences et l'infrastructure sur place sont très différentes. Une personne a également mentionné la crainte de ne guère trouver de travail répondant à ses attentes dans le pays d'origine. Les médecins en particulier critiquent l'état du système de santé en général, p. ex. le manque de personnel de santé compétent pour garantir une collaboration efficace.

2) Conditions générales politiques, économiques et culturelles

Seuls peu d'aspects en rapport avec les conditions générales dans le pays d'origine ont été cités, et uniquement par des participants originaires d'Etats non UE. Il s'agit notamment de la corruption du système, d'une situation précaire dans le pays d'origine ou de la mentalité qui est entre-temps considérée comme moins bonne que la mentalité suisse.

3) Famille et partenariat

Le troisième type de motifs concerne à nouveau la famille et les relations personnelles. Certains participants ont mentionné que le noyau de la famille s'est entre-temps déplacé en Suisse et qu'ils n'ont plus guère de proches ou de parents dans le pays d'origine. Le ou la partenaire peut également représenter un obstacle au retour dans le pays d'origine. Dans le cas d'une personne, le partenaire ne veut à aucun prix retourner dans le pays d'origine. Pour une autre, l'état de santé général du partenaire ne permet pas un déménagement à l'étranger. Une personne était aussi d'avis qu'elle n'a plus de racines dans son pays d'origine.

[Extrait du rapport partiel II : la situation du personnel de santé immigrant, p. 12-13]

4.3 Qualifications

Les résultats des trois phases d'étude permettent de formuler la thèse selon laquelle les médecins et les infirmiers diplômés d'origine étrangère travaillant en Suisse sont très qualifiés, voire trop, si l'on se réfère aux standards de leur pays d'origine. On trouve également des indices allant dans ce sens dans la littérature spécialisée: ce sont les plus qualifiés et les plus

expérimentés qui sont le plus en mesure d'émigrer, mais ils trouvent souvent des emplois pour lesquels ils sont surqualifiés⁴⁶.

Les qualifications et les compétences du personnel de santé étranger sont adaptées aux standards suisses par le biais de la procédure de reconnaissance du CICR dans le domaine des soins infirmiers et par le biais de la procédure de reconnaissance des diplômes de médecine. Selon certains experts, cela est d'autant plus important que le fossé entre les formations proposées à l'étranger et en Suisse dans le domaine des soins infirmiers se creuse de plus en plus et que le niveau de qualifications diverge énormément d'un pays d'origine à un autre.

4.4 Opportunités professionnelles, engagement, affectation

On peut dire, au vu des résultats de l'étude, que le personnel de santé étranger ne subit aucune différence de traitement par rapport au personnel suisse au moment de son embauche. Que ce soit dans le domaine de la médecine ou dans celui des soins infirmiers, tous les migrants ont la possibilité d'évoluer professionnellement, d'occuper des postes à responsabilités et d'avoir accès à des formations continues. Le „brain waste“, c'est-à-dire l'affectation inappropriée du personnel qualifié d'origine étrangère dans le système de santé du fait de l'embauche de personnes surqualifiées, serait de moins en moins fréquent selon les experts. Cependant, la reconnaissance du diplôme et la maîtrise de la langue sont des conditions essentielles pour être embauché à sa juste valeur et évoluer professionnellement. Notons que le personnel de santé étranger qui travaille comme personnel assistant n'a pas été pris en compte dans l'étude. Or, d'après les experts, les affectations inappropriées seraient plus fréquentes chez les personnes ayant un niveau de formation inférieur au niveau tertiaire ainsi que dans les établissements médico-sociaux et dans le secteur privé.

La plupart des participants à l'étude sont positifs quand à leur avenir professionnel. Plusieurs aimeraient continuer de travailler à leur poste actuel - deux souhaitant même y rester jusqu'à leur retraite - tout en continuant de veiller à leur carrière. Tant les médecins que les infirmiers/-ères ont l'intention de continuer à se perfectionner. Certains ont même prévu des perfectionnements ou des formations complémentaires plus poussés, comme p. ex. une spécialisation, un master, un doctorat ou un professorat. La plupart estiment leurs chances de perfectionnement comme bonnes. Une seule personne a dit qu'elle jugeait minces ses chances d'accéder à la formation souhaitée parce qu'elle est gênée dans l'accomplissement des conditions à celle-ci. Une autre personne a dit que dans son service les formations complémentaires en soins étaient réservées aux cadres.

La plupart des personnes interrogées prévoient donc de continuer à exercer dans la profession. Une seule personne prévoit de quitter le domaine médical pour effectuer une reconversion professionnelle parce qu'elle ne souhaite plus supporter la charge des professions de soins. Une autre personne pourrait s'imaginer accomplir une nouvelle formation dans le domaine social à moyen terme. Et une troisième personne s'apprête à quitter la vie professionnelle pour des raisons de santé.

[Extrait du rapport partiel II : la situation du personnel de santé immigrant, p. 19]

⁴⁶ George, Asha (2007). *Human Resources for Health: A Gender Analysis*. Review Paper prepared for the Women and Gender Equity, and Health Systems, Knowledge Networks (KNs) of the WHO Commission on the Social Determinants of Health, p. 35.

Certains représentants d'établissements et experts ont indiqué que, lorsque la part de personnel étranger était élevée dans un établissement, il fallait faire particulièrement attention à la composition des équipes. Ainsi, pour éviter les problèmes de langue, il ne faudrait pas qu'un trop grand nombre de personnes ayant la même nationalité travaillent ensemble.

Les experts ont constaté qu'il existait, d'une manière générale, une différence entre le personnel de santé étranger et le personnel suisse concernant le taux d'activité: le personnel étranger travaille plus souvent à plein temps, ce qui présente des avantages pour les établissements. Cette constatation est corroborée par le rapport de l'Obsan, qui fait état d'un taux d'activité généralement plus élevé pour le personnel de santé étranger⁴⁷.

4.5 Conditions de travail

L'exploitation et la discrimination du personnel de santé migrant sont des pratiques très répandues dans le monde⁴⁸. C'est pourquoi les médecins et le personnel infirmier étrangers ont été interrogés sur leurs conditions de travail et sur la satisfaction qu'ils en retirent. Concernant la situation en Suisse, on peut dire, au vu des résultats de l'étude, que les conditions de travail du personnel de santé qualifié d'origine étrangère sont généralement identiques à celles du personnel suisse et que les employeurs n'affectent pas le personnel de santé étranger à des postes offrant des conditions défavorables. Le droit du travail suisse protège bien les employés en comparaison internationale. De plus, les travailleurs étrangers sont, selon les employeurs et les experts interrogés, très bien informés de leurs droits. La situation tendue en matière de personnel permet en outre au personnel qualifié de changer d'emploi sans trop de difficulté quand les conditions de travail leur semblent insupportables. Le personnel assistant, qui n'a pas été pris en compte dans cette étude, a, quant à lui, une marge de manœuvre plus limitée.

L'enquête auprès du personnel de santé étranger a cependant permis de constater que certains employés faisaient l'objet de discriminations⁴⁹. Non seulement ils subissent des discriminations salariales mais ils se retrouvent aussi isolés socialement du fait de leur faible connaissance de la langue, de leur couleur de peau ou autre. Selon les experts ayant participé à l'étude, c'est surtout lors du placement du personnel infirmier étranger dans le domaine des soins privés – dont il n'est pas explicitement question dans l'enquête – que le risque d'être engagé à des conditions très défavorables serait le plus gros, car l'activité de placement dans ce domaine n'est guère réglementée. On devrait ainsi voir plus fréquemment dans ce secteur des étrangers n'être engagés que pour 90 jours, durée au-delà de laquelle les citoyens d'Etats membres de l'UE 17 ou de l'AELE n'ont pas besoin d'un permis de travail.

En Suisse, c'est dans les établissements privés que le risque de discriminations salariales est le plus grand⁵⁰. Dans les établissements publics, les conditions de travail sont mieux réglementées et mieux contrôlées. Les caractéristiques du poste devraient donc être clairement définies et correspondre à un niveau de salaire donné. Ce qui reste cependant problématique, c'est que le diplôme étranger ou les connaissances limitées de la langue peuvent être utilisés comme argument pour payer un salaire moindre aux employés. Tout dépend en fait de la

⁴⁷ Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

⁴⁸ Wiskow, Christiane (2007). „Internationale Migration von Gesundheitspersonal : WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter?“, dans: Schweizerisches Rotes Kreuz (Ed.), *Migration – Ein Beitrag zur Entwicklung?* Zurich, Seismo, p. 118 s.

⁴⁹ Le fait que les migrants très qualifiés sont, eux aussi, victimes de discrimination ethnique et de préjugés est entre autres évoqué par la publication suivante: Piper, Nicola (2005). *Gender and migration*. Genève, Commission mondiale sur les migrations internationales, p. 45.

⁵⁰ Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Genève, Organisation internationale du travail, p. 19.

manière dont les établissements et les responsables du personnel évaluent les qualifications du personnel étranger.

Trois infirmiers/-ères ont exprimé explicitement le fait qu'ils/elles sont ou ont été discriminé-e-s au niveau de leur salaire. L'une de ces personnes s'en est aperçue lorsqu'elle a été promue à une fonction directrice dans laquelle elle devait se charger de la gestion des salaires. Selon elle, les échelons salariaux sont fréquemment traités de manière très souple aussi dans les services cantonaux. Une autre personne, employée par un privé, a été discriminée lors de son engagement déjà, avec pour justification le fait que son diplôme provenait d'un Etat tiers. Par la suite, son salaire n'a pas été augmenté après la reconnaissance de son diplôme comme cela lui avait été promis. Cette augmentation salariale promise a été contournée tacitement par le fait que seule l'évaluation générale des prestations est honorée par une augmentation salariale au cours de la première année de travail, sans toutefois ajouter le montant promis à l'origine. Aujourd'hui, après plusieurs années dans le service, la personne concernée sait qu'elle touche tous les mois 500 à 600 francs de moins que ses collègues en possession d'un diplôme européen.

Il convient de souligner le fait que les infirmiers/-ères étrangers/-ères interrogé-e-s comparent en partie leurs conditions de travail actuelles avec celles de leur pays d'origine voire avec le scénario du chômage et que, sur la base de cette comparaison, ils/elles les considèrent positives, ce qui explique pourquoi ils/elles renoncent à exiger un traitement égalitaire. Même les personnes interrogées qui ont dit ne pas avoir été discriminées ont parfois exprimé l'impression que le personnel de santé étranger se satisfait en règle générale d'un revenu inférieur au personnel suisse.

[Extrait du rapport partiel II : la situation du personnel de santé immigrant, p. 20-21]

Le personnel assistant ou sans formation risque davantage d'être exploité. Plus le personnel étranger est qualifié, plus il maîtrise la langue, plus il a séjourné en Suisse, plus il est organisé et informé, mieux il pourra se défendre contre une éventuelle discrimination salariale ou une discrimination touchant aux autres conditions d'embauche. Le problème, comme le révèlent curahumanis, l'ASI et l'ASMAC, c'est que le personnel de santé étranger est relativement peu organisé.

Il convient par ailleurs de mentionner que les membres du personnel de santé étranger, quelle que soit leur origine, sont parfois l'objet de propos racistes de la part de patients, et plus rarement, victimes de racisme sous-jacent de la part de collègues travaillant au sein de leur équipe, ce qui peut les limiter dans l'exercice de leur travail. En pareils cas, le soutien de l'employeur est primordial.

5 Mesures politiques et potentiel de développement

Comme déjà mentionné dans l'introduction, une des principales questions auxquelles cette étude entend répondre est celle de savoir quelles sont les mesures proposées par les employeurs, les employés et les experts aux plans national et international pour faire face aux besoins en personnel et à la migration internationale du personnel de santé et pour utiliser le potentiel de développement de la migration. Cette question fait référence à la situation actuelle de la Suisse, qui dépend du personnel de santé étranger, et à l'évolution des besoins en personnel du pays. Par ailleurs, elle tient compte du fait que l'accroissement de la migration internationale du personnel de santé aggrave le problème du manque d'effectifs rencontré par certains pays.

Le mandat de l'étude a été formulé à partir de l'hypothèse que la Suisse serait, à l'avenir, toujours dépendante du personnel de santé étranger et qu'elle serait de plus en plus amenée à se tourner vers les pays non membres de l'UE. C'est la raison pour laquelle l'accent a été mis sur les possibilités de coopération internationale en vue de développer les systèmes de santé des pays d'origine et sur l'utilisation optimale des effets positifs de la migration par le biais, p. ex., de la promotion de la migration circulaire. Les représentants d'employeurs, les employés et les experts interrogés ont cependant tous fait des propositions de mesures au plan national, c'est pourquoi il en est aussi question ici.

5.1 Migration circulaire

La migration circulaire est proposée en tant que moyen devant permettre d'augmenter le potentiel de développement de la migration. Ce concept n'a pas de définition uniforme. Pour la présente étude, la définition utilisée par Vertovec a été reprise, lequel part de l'idée que les migrants font la navette entre leur pays d'origine et le pays de destination, autrement dit que les personnes qui ont émigré retournent temporairement ou durablement dans leur pays d'origine⁵¹. Il existe cependant d'autres définitions qui assimilent la migration circulaire à un retour virtuel dans le pays d'origine par le biais des nouveaux moyens de communication ou à de brefs séjours à l'étranger dans le but d'améliorer les conditions de vie dans le pays d'origine⁵².

Grâce à la migration circulaire, on espère aboutir à une situation gagnant-gagnant. Ainsi, le mouvement de capital humain doit permettre au pays d'origine de compenser la perte de savoir-faire et d'investissements dans le personnel qualifié qui a émigré. Quant au pays de destination, il peut régler le problème de pénurie de personnel en engageant du personnel étranger. De plus, l'établissement qui se trouve dans le pays de destination bénéficie d'un avantage certain puisqu'il peut avoir suffisamment de personnel à sa disposition sans avoir à revoir les salaires à la hausse.

L'idée de la migration circulaire se réfère surtout aux pays en voie de développement qui font face à une grosse pénurie de personnel. Comme déjà expliqué, le pourcentage de personnel de santé provenant de ces pays est encore relativement faible en Suisse, ce qu'on peut aussi voir dans l'échantillon des migrants interrogés et dans l'enquête auprès des employeurs. Dans l'interprétation des résultats, il faut prendre en considération le fait que la plu-

⁵¹ Vertovec, Steven (2007). *Circular Migration: the way forward in global policy?* Oxford, Institut des migrations internationales, p. 4.

⁵² P. ex. Potot, Swanie (2004). *The Rumanian circulatory migration: Networks as informal transnational organisations*. Paper delivered at EAPS conference, „International Migration in Europe“, 25-26 novembre et Morokvasic-Muller, Mirjana (1999). „La mobilité transnationale comme ressource: le cas des migrants de l'Europe de l'Est“, dans: *Cultures & Conflicts*; 33-34.

part des migrants interrogés ne font pas partie des principaux groupes cibles de la migration circulaire car les établissements recrutent peu dans les pays concernés.

Les établissements, les médecins et les infirmiers diplômés d'origine étrangère de même que les experts interrogés se sont montrés plutôt sceptiques à l'égard du modèle de la migration circulaire, même s'ils trouvent que l'idée d'un échange de savoir entre le pays d'origine et de destination est bonne et qu'ils ont proposé des solutions pour le transfert de savoir et l'échange d'expériences qui étaient, somme toute, assez proches de certaines définitions de la migration circulaire.

5.1.1 Critiques

Les réserves formulées par les représentants d'employeurs et les employés sur la migration circulaire peuvent se résumer comme suit:

1) Efficacité

Des doutes sont émis quant à l'efficacité de l'échange d'expériences par le biais de la migration circulaire. Ces doutes se fondent notamment sur le fait que les systèmes de santé des pays d'origine et des pays de destination peuvent différer fortement et qu'il existe d'autres solutions pour le transfert de savoir et l'échange d'expériences qui se révéleraient plus efficaces.

2) Mise en œuvre

Du point de vue du personnel de santé étranger, la migration circulaire serait compliquée à mettre en œuvre car le passage d'un pays à un autre, et notamment le changement de méthode de travail que cela impliquerait, ne seraient pas évidents. Pour les établissements, la principale difficulté liée à l'absence fréquente des employés résiderait dans le fait qu'il faudrait à chaque fois trouver un remplaçant, tâche qui ne serait pas aisée compte tenu de la pénurie de personnel.

3) Volonté

Les employés étrangers en particulier doutent que le personnel de santé et les institutions des pays d'origine soient pour un tel engagement du personnel qualifié.

5.1.2 Obstacles

Les établissements et le personnel de santé d'origine étrangère interrogés ont cité plusieurs obstacles qui devraient être surmontés lors de la mise en œuvre de la migration circulaire:

- Problèmes juridiques: les migrants sont inquiets pour leur statut en Suisse à chaque fois qu'ils séjournent dans leur pays d'origine. Les séjours à l'étranger s'avèreraient également compliqués pour les personnes déjà naturalisées provenant d'Etats tiers.
- Suppléance: la suppléance est difficile à mettre en place, notamment pour les postes à responsabilités et les personnes dont le profil est très spécialisé.
- Ressources: la migration circulaire entraîne des charges supplémentaires, notamment financières, aussi bien pour les employés que pour les établissements. Ces derniers n'ont pas reçu de mandat leur demandant de s'impliquer dans des projets de développement et n'ont donc que des ressources très limitées à disposition.
- Atouts: les différences de salaires et de conditions de travail ont plutôt tendance à dissuader les personnes employées en Suisse de travailler temporairement dans leur pays d'origine.

- Perte de l'emploi: rares sont les employeurs qui garantiraient la conservation du poste de travail à leurs employés en cas d'absence prolongée. Un congé sans solde est le plus souvent accordé.
- Durée du séjour: un séjour trop court n'a pas d'effets bénéfiques et un séjour trop long est difficile à organiser sur le plan professionnel et familial.
- Enracinement et intégration: plus une personne est âgée, plus elle a séjourné dans le pays et mieux elle est intégrée, moins elle prévoit de séjours à l'étranger dans sa vie.
- Rapport au pays d'origine: en raison des circonstances dans lesquelles ils ont quitté leur pays d'origine et du rapport qu'ils entretiennent avec ce dernier, certains migrants ne veulent guère y retourner.
- Famille: ceux qui ont une famille doivent soit la laisser soit l'emmener, ce qui, dans les deux cas, est jugé difficile. Le fait d'avoir des enfants en âge d'aller à l'école représente un gros obstacle aux séjours de longue durée.
- Absence de réseaux: souvent, les personnes n'ont pas de contacts professionnels dans leur pays d'origine qui leur permettraient d'y travailler et de mener à bien des projets.
- Compétence: certaines personnes ne sont pas sûres d'avoir les compétences pour assurer un transfert de savoir dans leur pays d'origine.

5.1.3 Conditions

Selon les représentants d'employeurs et les employés interrogés, il faudrait que les conditions suivantes soient remplies pour envisager la migration circulaire malgré les obstacles mentionnés ci-dessus:

- Possibilité de retour: il faudrait qu'il n'y ait pas d'entrave au retour en Suisse. L'avancement de la procédure de naturalisation ne devrait pas non plus être menacé.
- Conservation du statut professionnel: les personnes qui pratiquent la migration circulaire devraient avoir l'assurance de retrouver leur poste à leur retour en Suisse et ne devraient pas voir leurs chances de carrière diminuer en raison de leurs séjours à l'étranger.
- Valorisation: un emploi à l'étranger devrait être valorisé à titre de prestation particulière.
- Financement: la plupart des médecins et des infirmiers interrogés ont demandé à ce qu'au moins on continue de leur verser leur salaire durant leur séjour à l'étranger. Les établissements souhaiteraient bénéficier d'un soutien financier pour couvrir les coûts engendrés par l'organisation des échanges et le remplacement du personnel.
- Des offres intéressantes: plus l'offre d'emploi ou l'activité proposée est intéressante, plus les médecins et les infirmiers interrogés se disent prêts à séjourner longtemps à l'étranger.
- Conditions-cadres: plus les conditions-cadres d'ordre organisationnel, financier et familial correspondent à leurs souhaits, plus le séjour dans le pays d'origine sera attrayant.
- Demande: de nombreuses personnes jugent important qu'on leur demande explicitement de s'engager dans leur pays d'origine.
- Fixation des objectifs: les tâches à remplir dans le pays d'origine devraient, si possible, être déterminées à l'avance.
- Durée: le séjour à l'étranger devrait être d'une certaine durée pour qu'il apporte le plus possible et que l'investissement en vaille la peine.

5.1.4 Evaluation

Comme le montrent les résultats des enquêtes menées auprès des employeurs et des employés, les avis sur la migration circulaire divergent, ce qui est également le cas dans la littérature spécialisée. Des réserves sont ainsi émises sur le fait que la migration temporaire prenne le pas sur la migration permanente⁵³. D'autres études révèlent, cependant, que plus de 60% du personnel de santé qui a émigré souhaitent revenir travailler dans leur pays d'origine⁵⁴.

Les experts se sont, eux aussi, montrés plutôt critiques vis-à-vis de la migration circulaire. Ils ont souligné à plusieurs reprises que la promotion de la migration circulaire était en contradiction avec la politique menée par les établissements dans le but de garder leur personnel le plus longtemps possible. Ils se posent également la question de savoir dans quelle mesure la Suisse doit promouvoir la migration circulaire et peut la pratiquer, car la proportion d'employés qualifiés employés en Suisse dans le secteur de la santé et provenant de pays en voie de développement est très faible. De plus, les médecins et les infirmiers des pays membres de l'UE (groupe de pays le plus représenté) qui ont été interrogés estiment que la migration circulaire n'est pas le moyen le plus adapté pour entretenir les échanges avec leur pays d'origine.

Les résultats de l'étude permettent de dire que la migration circulaire du personnel de santé étranger ne peut être ni exigée ni encouragée inconditionnellement⁵⁵. Il faut poursuivre les discussions sur le concept à la base de ce système, concept qui mérite aussi une analyse plus approfondie. Etant donné que selon ce concept, le potentiel de développement de la migration dépend du comportement des migrants, il faudra notamment que ces derniers tirent, eux aussi, des avantages de la situation „gagnant-gagnant“. Il faudra également analyser dans quelle mesure la migration circulaire devrait être encouragée parmi le personnel suisse et dans quelle mesure elle devrait se concentrer uniquement sur le pays d'origine. On peut concevoir que le fait de promouvoir d'une manière générale les séjours à l'étranger du personnel de santé qualifié peut avoir des conséquences positives pour l'échange international de savoir et d'expériences. Il faut toutefois considérer que cette forme de promotion de la migration va à l'encontre de l'objectif de conservation du personnel.

Si l'on ne saurait exclure que la migration circulaire est de nature à influencer positivement sur la migration, on ne saurait toutefois se fier, pour sa mise en œuvre, à une pratique en matière de migration internationale qui est par trop hasardeuse et profiterait seulement aux pays privilégiés. Cette mise en œuvre, si l'on veut qu'elle soit efficace et qu'elle soit considérée comme souhaitable, passe par une stratégie ciblée fondée sur des conditions-cadres et des incitations ad hoc.

5.2 Collaboration internationale au développement et au soutien des systèmes de santé

Les pays d'accueil sont encouragés, entre autres dans le code de pratique de l'OMS, à collaborer avec les pays d'origine pour soutenir le développement et la formation du personnel de santé. L'objectif serait d'atténuer les effets négatifs de la migration internationale du personnel de santé.

⁵³ P. ex., dans Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Genève, Organisation internationale du travail, p. 9.

⁵⁴ Van Eyck, Kim (2004). *Women and International Migration in the Health Sector – Final Report of Public Services International's Participatory Action Research 2003*. Ferney-Voltaire, Internationale des services publics, p. 6.

⁵⁵ Pour éviter une „circularité négative“ et favoriser la „circularité positive“, des conditions et des mesures spécifiques sont requises. Voir à ce propos Newland, Kathleen (2009). *Circular Migration and Human Development*. Human Development Research Paper 2009/42, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

Aucun des établissements interrogés n'a jusque-là associé le recrutement du personnel de santé étranger à la coopération avec un pays d'origine. Certains établissements ont des activités qui concernent la collaboration ou l'échange avec l'étranger mais celles-ci n'ont pas de rapport avec la pratique de recrutement. L'idée d'accroître la coopération, p. ex. lors du recrutement du personnel de santé, est accueillie généralement favorablement par les établissements. Ces derniers s'expriment en faveur d'un encouragement ciblé des projets de coopération avec l'étranger à condition que le soutien nécessaire soit apporté. Ils indiquent cependant clairement que l'initiative ne doit pas venir d'eux mais du monde politique. A leurs yeux, il existe des possibilités de coopération internationale dans le domaine de la formation, du recrutement et de l'échange de personnel.

Certains des médecins et des infirmiers interrogés participent déjà à des projets internationaux, notamment dans le domaine académique, et seraient prêts à s'impliquer davantage, p. ex. en enseignant à l'étranger, en prenant part à une collaboration scientifique ou en encadrant un échange de personnel. Sont notamment concernées les personnes qui s'intéressent d'une manière générale au thème de la migration du personnel de santé.

Selon les experts, le fait d'accroître la collaboration avec l'étranger permettrait aux établissements de mieux prendre conscience de la situation dans les pays d'origine du personnel de santé étranger. Sous l'angle de la santé publique, il serait également judicieux que les autorités ne se penchent pas seulement sur de pures questions de prise en charge mais qu'elles s'intéressent aussi à la responsabilité globale de la Suisse. Une discussion sur les possibilités de coopération internationale dans le but de renforcer les systèmes de santé serait donc très positive.

Certains experts soulignent que les projets de coopération entrepris pour renforcer le personnel de santé à l'étranger ne doivent pas être utilisés à des fins de recrutement. L'engagement dans la formation du personnel de santé à l'étranger pourrait s'avérer très problématique si les pays concernés venaient à perdre encore plus de personnel par ce biais-là.

5.3 Mesures en Suisse

Les experts, en particulier, ont indiqué que c'était la pénurie de personnel qui était à l'origine de la migration internationale du personnel de santé. Tant que la pénurie perdurera, le phénomène ne s'essouffera pas. C'est la raison pour laquelle des mesures doivent également être prises en Suisse pour atténuer cette pénurie. Comme l'a révélé l'enquête auprès des établissements, ces derniers estiment, eux aussi, que c'est surtout au plan national qu'il faudrait prendre des mesures pour les aider lors du recrutement du personnel de santé.

5.3.1 Autosuffisance

De nombreux experts ont exprimé l'idée que la Suisse et les autres pays d'accueil devraient eux-mêmes fournir autant de personnel de santé que possible. Pour pallier les problèmes liés au recrutement du personnel de santé étranger, l'idéal, selon les experts, serait que la Suisse puisse subvenir à ses propres besoins en personnel. Le concept d'*autosuffisance*, qui est utilisé pour parler de ce genre de situation, peut être défini comme la formation au niveau national d'un stock de personnel devant permettre de couvrir les propres besoins⁵⁶.

5.3.2 Recrutement, formation, planification du personnel, maintien du personnel

Même si de nombreux experts ne sont pas allés jusqu'à préconiser l'autosuffisance de la Suisse, ils ont proposé plusieurs mesures qui devraient être prises dans le pays pour exploiter

⁵⁶ Le concept d'*autosuffisance* est analysé en détail dans Buchan, James; Little, Lisa (2007). *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation*. Genève, Conseil international des migrations de l'infirmière.

de façon optimale le potentiel au plan national. Ces mesures ont, pour la plupart, déjà été présentées en détail dans le rapport de la CDS et de l'OdASanté sur les besoins en effectifs. Ce rapport propose des mesures de priorité comme l'exploitation du potentiel de recrutement chez les jeunes en fin de scolarité et les adultes, la promotion de la formation pratique dans les institutions, l'augmentation de l'attrait des postes de travail, le maintien du personnel et l'optimisation de l'utilisation du personnel en place⁵⁷.

Les experts ont, eux aussi, évoqué la question de la formation et souligné qu'il fallait intensifier les efforts dans ce secteur. Des mesures équivalentes ont également été développées pour les professions des soins dans le rapport de la CDS et de l'OdASanté sur les besoins en effectifs ainsi que dans le rapport du DFE „Formation aux professions des soins“⁵⁸. S'agissant du personnel médical, la difficulté réside dans le fait que les établissements ne peuvent pas prendre part à la promotion de la formation car le numerus clausus introduit en 1998 dans les universités de Bâle, Berne, Fribourg et Zurich limite volontairement le nombre de personnes formées pour assurer la relève. Cette mesure politique, qui consiste à fixer le nombre annuel de médecins à former, se heurte à l'incompréhension des établissements mais aussi des experts.

Le fait que les besoins en personnel doivent être mieux planifiés et que la durée d'exercice du personnel de santé doit être plus longue a également été souligné. En augmentant la durée moyenne d'exercice d'un an, le besoin de relève annuel diminue d'environ 5%⁵⁹. Ce qui est important, c'est d'empêcher le „brain waste“ et d'utiliser le personnel qualifié en place de façon optimale, de l'employer à sa juste valeur et de l'aider en lui offrant des conditions de travail acceptables. Il convient également de prendre en considération le fait que les professions de la santé sont essentiellement exercées par des femmes, ce qui requiert éventuellement des adaptations dans la politique familiale.

⁵⁷ CDS et OdASanté (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national*, p. 60 ss.

⁵⁸ DFE (2010). *Rapport du DFE „Formation aux professions des soins“. Besoins de pilotage et de coordination au niveau politique pour l'introduction de la systématique de la formation et la mise en place de formations axées sur les besoins dans les professions des soins à l'échelon fédéral et cantonal*.

⁵⁹ CDS et OdASanté (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national*, p. 56.

6 Bilan et conclusions

La Suisse, comme presque tous les autres pays, dispose de moins en moins de personnel de santé qualifié formé dans le pays malgré des besoins croissants. Les établissements se rendent compte que le marché du travail est asséché car ils ont de plus en plus de mal à recruter du personnel de santé qualifié. Depuis de nombreuses années déjà, ils se tournent donc vers l'étranger pour pouvoir couvrir les besoins du système de santé. La Suisse est particulièrement dépendante de ses pays limitrophes puisque c'est de là que provient la majeure partie du personnel étranger.

Pour l'instant, la Suisse peut profiter de l'afflux important de personnel de santé étranger, car elle est encore suffisamment attrayante en comparaison internationale. Les principaux atouts de la Suisse sont, du point de vue du personnel de santé immigré, les bonnes conditions de travail, le niveau de salaire élevé, les perspectives professionnelles et la qualité de vie élevée. Les raisons ayant poussé le personnel de santé à quitter son pays d'origine et à venir en Suisse sont très différentes d'une personne à une autre. Pour le développement de mesures politiques, cela signifie qu'il n'y a pas qu'un levier à actionner pour promouvoir ou limiter la migration. Tant que les conditions en Suisse resteront attractives à différents niveaux et que les obstacles à la migration seront toujours aussi peu nombreux, les travailleurs étrangers continueront d'émigrer dans ce pays.

Lors du recrutement du personnel de santé qualifié, les établissements doivent, d'une manière générale, fournir de plus grands efforts et utiliser le plus de canaux possible. Les nouveaux moyens de communication, comme les plates-formes Internet, sont toujours plus utilisés. Lorsqu'ils recherchent du personnel de santé, les établissements ne font aucune différence entre le personnel étranger et le personnel suisse au moment de choisir leur stratégie de recrutement. Ainsi, ils recrutent relativement rarement de façon active à l'étranger mais il faut s'attendre à ce que cela change. La question de savoir dans quelle mesure les établissements collaborent avec les agences de placement doit faire l'objet d'une analyse plus approfondie. La collaboration avec les agences situées à l'étranger en particulier devrait être surveillée car c'est certainement ce qui pose le plus de problèmes d'un point de vue éthique et juridique.

En ce qui concerne l'affectation et les conditions de travail du personnel de santé qualifié d'origine étrangère, on peut dire que le bilan est plutôt positif pour la Suisse. Toutefois, le risque d'exploitation et la vulnérabilité des migrants, y compris du personnel qualifié, ne doivent pas être sous-estimés. Une attention particulière devrait d'ailleurs y être portée.

S'agissant des mesures pour la coopération au développement avec les pays souffrant d'une pénurie de main-d'œuvre, on peut dire que quelques établissements et quelques médecins et infirmiers étrangers participent déjà, à petite échelle, à des projets de collaboration internationale. Les établissements n'associent toutefois pas leurs projets au recrutement de personnel de santé étranger. Les résultats de l'étude montrent qu'aussi bien les employeurs que les employés seraient intéressés par une coopération internationale dans l'emploi de personnel et l'échange de savoir et d'expériences. Pour que ces projets de coopération, qui ont pour but d'aider les systèmes de santé de pays particulièrement touchés, aboutissent, ils devraient être mieux coordonnés et bénéficier d'une aide financière et organisationnelle. Il n'est cependant pas nécessaire que ces projets de développement aient un lien direct avec le personnel de santé immigré et son pays d'origine. En effet, les pays dans lesquels la Suisse recrute le plus sont ceux qui sont le moins touchés par les problèmes de prise en charge. De plus, la volonté du personnel de santé de s'engager personnellement, quelle que soit sa nationalité, doit être mise à profit.

Des discussions sur le recours à la migration circulaire aux fins d'utiliser le potentiel de développement de la migration sont encore nécessaires, notamment pour déterminer si ce modèle est adapté à la Suisse et au personnel de santé qualifié. Si ce modèle est considéré comme judicieux, les obstacles auxquels se heurtent les migrants et les établissements dans toutes les formes de migration circulaire devront être surmontés pour qu'il puisse être mis en œuvre.

Les résultats de l'étude montrent que les problèmes liés au recrutement du personnel de santé à l'étranger ne peuvent pas être réglés uniquement par un engagement à l'étranger. La Suisse ne doit pas négliger sa responsabilité mondiale et devrait aspirer à une plus grande coopération avec les autres pays en ce qui concerne la réglementation de la migration du personnel de santé et les mesures visant à minimiser les effets négatifs de la migration. Il ne faut cependant pas oublier que ce sont la pénurie de personnel en Suisse et le besoin croissant de prestations de santé qui obligent les établissements à se tourner de plus en plus vers l'étranger. Il est donc important que des mesures politiques ciblées soient prises au plan national, ce qui a d'ailleurs déjà été fait dans certains domaines d'action, notamment celui de la formation en soins infirmiers.

La présente étude a montré que le recrutement du personnel de santé étranger donne lieu à des contradictions qu'il convient de prendre en compte dans les discussions sur le sujet et sur les mesures à prendre:

- Dans le système de santé suisse, la responsabilité du recrutement du personnel de santé incombe aux établissements, qui sont actuellement soumis à une forte pression en raison de la pénurie de personnel. La manière de procéder des établissements constitue donc la pratique de recrutement dans le système de santé suisse. Si les instances supérieures, comme la Confédération et les cantons, souhaitaient revoir cette pratique, ils ne pourraient le faire sans la participation et le soutien des établissements.
- Contrairement au recrutement du personnel, le débat sur la migration internationale du personnel de santé n'intervient pour l'instant presque qu'au niveau de la science, des autorités fédérales et de la politique internationale de la santé. Les établissements et les employés ne sont pas encore suffisamment informés et sensibilisés.
- La migration est le fruit de décisions et de plans de vie individuels qui ont été influencés par les conditions-cadres sociales, économiques et politiques. Les êtres humains sont libres de leurs mouvements du moment où ils respectent le cadre légal en vigueur. Il serait plus facile de contrôler les mouvements migratoires collectifs en adaptant les conditions-cadres qu'en se focalisant sur le cas de chaque individu migrant.
- Les conditions-cadres de la politique migratoire, qui sont notamment fixées par l'accord sur la libre circulation des personnes avec les pays membres de l'UE et de l'AELE, expriment le caractère souhaitable de la mobilité internationale. C'est le cas également d'un modèle comme celui de la migration circulaire, qui doit encourager la mobilité internationale des personnes qualifiées. Ce genre de modèle est, tout comme la politique migratoire, en contradiction avec la politique de fidélisation et de maintien du personnel que mènent les établissements et que les associations et les autorités fédérales et cantonales recommandent d'adopter pour faire face à la pénurie de main-d'œuvre.

Au plus tard au cours de la mise en œuvre du code de pratique de l'OMS, la Suisse devra élaborer une stratégie afin de faire face à la migration du personnel de santé et à ses conséquences et de trouver du personnel pour son propre marché. Il faudra alors tenir compte

en particulier du fait que toutes sortes d'acteurs prennent part au recrutement et à la formation du personnel et en sont responsables. Indépendamment des mesures jugées appropriées, il faudra notamment améliorer la coordination des mesures existantes et renforcer la coopération entre tous les acteurs de la Confédération, des cantons, des associations et des établissements qui sont concernés.

7 Bibliographie

Bach, Stephen (2003). *International migration of health workers: Labour and social issues*. Geneva, International Labour Office.

Buchan, James; Little, Lisa (2007). *L'autosuffisance en personnel infirmier dans le contexte de la mondialisation*. Genève, Conseil international des migrations de l'infirmière.

CDS et OdASanté (2009). *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national*.

Clark, Paul F.; Stewart, James B. et al. (2006). „The globalisation of the labour market for health-care professionals“, dans: *International Labour Review*; 145 (1-2).

Connell, John, Stilwell, Barbara (2006). „Merchants of medical care: Recruiting agencies in the global health care chain“, dans: Kuptsch, Christiane (Ed.). *Merchants of Labour*. Geneva, International Institute for Labour Studies, International Labour Office.

DFE (2010). *Rapport du DFE „Formation aux professions des soins“. Besoins de pilotage et de coordination au niveau politique pour l'introduction de la systématique de la formation et la mise en place de formations axées sur les besoins dans les professions des soins à l'échelon fédéral et cantonal*.

Findlay, Allan (2002). *From Brain Exchange to Brain Gain: Policy Implications for the UK of Recent Trends in Skilled Migration from Developing Countries*. International Migration Papers 43, Geneva, International Labour Office.

Flick, Uwe (2007). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt.

FMH et Obsan (2007). *Monitoring des médecins actifs en milieu hospitalier. Données 2007*.

George, Asha (2007). *Human Resources for Health: A Gender Analysis*. Review Paper prepared for the Women and Gender Equity, and Health Systems, Knowledge Networks (KNs) of the WHO Commission on the Social Determinants of Health.

Jaccard Ruedin, Hélène; Weaver, France et al. (2009). *Personnel de santé en Suisse – Etat des lieux et perspectives jusqu'en 2020*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse*. Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

Kingma, Mireille (2006). *Nurses on the Move. Migration and the Global Health Care Economy*. New York, Cornell University Press.

Maybud, Susan; Wiskow, Christiane (2006). „„Care Trade“: The international brokering of health care professionals“, dans: Kuptsch, Christiane (Ed.). *Merchants of Labour*. Geneva, International Institute for Labour Studies, International Labour Office.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2002). „ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig beachtet. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion“, dans: Bogner, Alexander, Littig, Beate, Menz, Wolfgang (Ed.). *Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Mincer, Jacob (1978). „Family Migration Decisions“, dans: *Journal of Political Economy*; 86 (5).

Morokvasic-Muller, Mirjana (1999). „La mobilité transnationale comme ressource: le cas des migrants de l'Europe de l'Est“, dans: *Cultures & Conflits*; 33-34.

Newland, Kathleen (2009). *Circular Migration and Human Development*. Human Development Research Paper 2009/42, United Nations Development Programme UNDP.

ODM (2009). *Rapport sur la migration 2008*. Berne, ODM.

OCDE (2006). *Rapport de l'OCDE sur les systèmes de santé – Suisse*. Paris, OCDE.

OCDE (2008). *The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond?* Paris, OCDE.

OCDE (2010). *International Migration of Health Workers. Improving International Co-operation to Address the Global Health Workforce Crisis*. Policy Brief, February 2010, Paris, OCDE.

OMS (2006). *Travailler ensemble pour la santé - rapport sur la santé dans le monde 2006*. Genève, OMS.

OMS (2009). *A World Health Organization code of practice on the international recruitment of health personnel. Background paper*. Genève, OMS.

OMS (2010). *WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel*. Genève, OMS.

Piper, Nicola (2005). *Gender and migration*. Genève, Global Commission on International Migration.

Potot, Swanie (2004). *The Rumanian circulatory migration: Networks as informal transnational organisations*. Paper delivered at EAPS conference, "International Migration in Europe", November 25-26th.

Shields, Margot; Wilkins, Kathryn (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Ottawa, Ministère de l'Industrie.

Silberschmidt, Gaudenz; Merçay, Clémence (2009). *Where do the best go? Global competition for healthcare professionals. What role does migration play in their career future?* careum working paper 3, Zürich, Careum.

Strauss, Anselm L. (1994). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München, Wilhelm Fink Verlag.

Van Eyck, Kim (2004). *Women and International Migration in the Health Sector*. Final Report of Public Services International's Participatory Action Research 2003. Ferney-Voltaire, Public Services International.

Vertovec, Steven (2007). *Circular Migration: the way forward in global policy?* Oxford, International Migration Institute.

Wiskow, Christiane (2007). „Internationale Migration von Gesundheitspersonal: WanderarbeiterInnen im globalen Zeitalter?“, dans: Croix-Rouge suisse (Ed.). *Migration – Ein Beitrag zur Entwicklung?* Zürich, Seismo.

Wyss, Kaspar; Weiss, Svenja (2010). *Swiss contributions to Human Resources for Health Development in low-and middle-income countries: current practices and possible future orientations*. Bâle, Institut Tropical et de Santé Publique Suisse.

8 Annexes

Annexe 1: Liste des experts interviewés, phase III de l'étude

Ci-dessous figure la liste des experts interviewés dans le cadre de la troisième phase de l'étude. A noter que Sabina de Geest et René Schwendimann, d'une part, et Jean-Marc Braichet et Pascal Zurn, d'autre part, ont été interviewés en même temps.

Nom	Prénom	Titre	Fonction
Baierlé	Jean-Luc	Dr méd.	Médecin cantonal, canton du Jura
Bienlein	Martin	lic.rer.soc.	Responsable du département Politique et membre de la direction H+ Les hôpitaux de Suisse
Braichet	Jean-Marc	Dr	Coordinateur, Département des ressources humaines pour la santé, OMS
Brühwiler-Müller	Barbara		Direktion Pflege und Human Resources Management, Universitätsspital Zürich
Buser	Ruth		Vice-présidente Association suisse d'aide et de soins à domicile Suisse , présidente Spitex Binningen
Cerny	Joachim		Secrétaire général de curahumanis
De Geest	Sabina	PhD, RN, FAAN, FRCN	Directrice de l'Institut für Pflegewissenschaft, Université de Bâle
De Haller	Jacques	Dr méd.	Président de la FMH
Glauser	Rosmarie		Secrétaire politique de l' ASMAC
Hertzschuch	Jacques		Directeur des ressources humaines, Hôpitaux Universitaires de Genève
Jaccard Ruedin	Hélène	Dr méd., MPH	Responsable des domaines de compétences, Observatoire suisse de la santé (Obsan)
Kingma	Mireille	Dr	Consultante en politique des soins infirmiers et de la santé, Conseil international des infirmières (CII)
Koch	Roswitha		Responsable du domaine Développement des soins, ASI
Leuthold	Christian		Président de la commission Swissstaffing , Secrétaire général de Permed AG
Lüchinger	Urs		Chef du service du personnel, Kantonsspital St. Gallen
Meier	Hans-Rudolf		Chef du personnel, Kantonsspital Luzern
Minder	Daniela		Conseillère en personnel, CURAVIVA Suisse
Radczuweit	Stefano	Dr	Chef du service de l'hygiène public, département de la santé canton du Tessin
Schwendimann	René	PhD, RN	Responsable de l'enseignement à l'Institut für Pflegewissenschaft de l'Université de Bâle
Studer Lachat	Marie-Pierre		Responsable de la formation professionnelle, Département Santé et Intégration, CRS
Wiskow	Christiane	MPH	Spécialiste indépendante des services de la santé
Wyss	Kaspar	PhD, PD, MSc	Spécialiste de la santé publique, Institut tropical et de santé publique suisse
Zurn	Pascal	PhD	Economiste de la santé, Département des ressources humaines pour la santé, OMS

Annexe 2: Composition de l'échantillon des immigrants, phase II de l'étude

L'échantillon a été sélectionné en fonction des caractéristiques que sont le pays d'origine, le canton de travail, le groupe professionnel et le sexe, en veillant à ce que les trois dernières catégories soient représentées aussi équitablement que possible. Etant donné qu'il n'existe pas encore de registre qui permettrait de procéder à une sélection selon des critères définis, il n'était pas possible d'obtenir un échantillonnage purement aléatoire selon les objectifs ci-dessus. Les personnes représentées dans l'échantillon ont pu être trouvées via le registre de la FMH, l'ASI du canton de Vaud, la CRS, via des contacts personnels et dans certains cas via l'employeur.

Aux fins de garantir l'anonymat des personnes interrogées, les données les concernant sont indiquées indépendamment les unes des autres.

Pays d'origine:

	Pays	Pays ayant délivré le diplôme
Albanie	1	-
Bengladesh	1	1
Bulgarie	1	-
Allemagne	2	1
Estonie	1	1
France	1	1
Grèce	1	1
Haïti	1	1
Canada	3	4
Maroc	1	1
Macédonie	1	1
Pays-Bas	1	1
Autriche	-	1
Philippines	1	1
Russie	1	-
Suisse	-	2
Serbie	1	1
Thaïlande	1	1

Pour les cas de migrations multiples, le pays d'origine et le pays ayant délivré le diplôme ne sont pas identiques.

Qualification professionnelle:

- Médecin (7)
- Infirmier/-ère dipl. (12)

Employeurs:

- hôpitaux publics (13)
- cliniques privées (1)
- EMS (2)
- soins à domicile (1)
- haute école spécialisée (1)
- administration publique (1)

Sexe:

- féminin (11)
- masculin (8)

Nationalité et permis de séjour:

- citoyen suisse (1)
- double nationalité CH-étranger (6)
- permis C (9)
- permis B (3)

Annexe 3: Liste des institutions interrogées en tant qu'employeurs, phase I de l'étude**Hôpitaux publics:**

- Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), Lausanne (VD)
- Hôpital de Nyon, Nyon (VD)
- Hôpital d'Yverdon-les-Bains, Yverdon (VD)
- Universitäts-Kinderspital beider Basel (UKBB), Basel (BS)
- Universitätsspital, Basel (BS)

Cliniques privées:

- Clinique de La Source, Lausanne (VD)
- Clinique Cecil, Lausanne (VD)
- Merian Iselin Klinik, Basel (BS)
- St. Claraspital, Basel (BS)

EMS:

- Adullam-Stiftung, Basel (BS)
- APH Johanniter, Basel (BS)
- Clémence EMS, Lausanne (VD)

Agences privées de placement:

- Agence X, Lausanne (VD)
- Agence Y, Bâle-Ville (BS)

Annexe 4: Thèses / Fils conducteurs

Manque de personnel et pratique de recrutement des établissements :

- 1) Les établissements dans le domaine suisse de la santé doivent entreprendre de grands efforts pour trouver suffisamment de personnel qualifié. Ils sont aujourd'hui déjà dépendants du recrutement de professionnels de la santé étrangers (médecins et personnel infirmier diplômé), surtout des pays voisins et des autres Etats UE-15. Cette dépendance augmentera encore dans les prochaines années.
- 2) La pratique de recrutement des établissements et la part des employés étrangers dans le domaine de la santé varient en Suisse par région, en fonction de la relève intérieure, des conditions de travail dans le canton et de l'attractivité pour le personnel étranger.

Politique du personnel des établissements :

- 3) Les établissements engagent si possible pour une durée indéterminée indépendamment de leur nationalité le personnel infirmier diplômé et tous les médecins, avec l'objectif de fidéliser autant que possible le personnel qualifié à l'établissement. Le personnel infirmier ou les médecins étrangers ne sont pas recrutés uniquement pour pallier un manque temporaire.

Motifs de la migration du personnel de santé en Suisse :

- 4) Le personnel de santé étranger immigré en Suisse avant tout parce qu'il espère une amélioration des conditions de travail et des perspectives professionnelles. Pour le personnel bien qualifié de l'étranger (également d'Etats tiers), il est effectivement très simple de trouver un poste correspondant à ses attentes.

Activité professionnelle du personnel de santé étranger en Suisse :

- 5) Les médecins et le personnel infirmier diplômé qui viennent en Suisse pour y travailler sont très qualifiés et ambitieux sur le plan professionnel. La plupart peuvent évoluer professionnellement en Suisse, se perfectionner et également assumer des fonctions dirigeantes. Il arrive rarement qu'ils soient surqualifiés pour le poste qu'ils occupent en Suisse.
- 6) Les professionnels de la santé étrangers jugent leurs conditions de travail en Suisse souvent d'après leur pays d'origine, sont en partie prêts à accepter également des conditions défavorables et ne se défendent guère s'ils sont discriminés en tant qu'employés d'origine étrangère. Les employeurs profitent des exigences moindres du personnel étranger et ne pourraient que difficilement pourvoir avec du personnel suisse à des postes où les conditions sont d'une manière générale plus défavorables.

Observation de directives / principes lors du recrutement :

- 7) Il n'y a guère d'établissements qui observent des directives internes ou internationales dans le recrutement du personnel de santé. Le manque de personnel et les tâches quotidiennes ne laissent pas de marge de manœuvre aux établissements pour prendre en compte des directives (p. ex. le code de conduite de l'OMS) ou réfléchir à une politique éthique de recrutement dans le contexte de la migration globale du personnel de santé.

Perception de la migration globale et de ses effets :

- 8) La perception de la migration globale du personnel de santé et du rôle qu'ils jouent dans ce contexte n'existe que de manière limitée tant auprès des employeurs qu'auprès des employés étrangers en Suisse.

Rôle de la Suisse dans le contexte de la migration globale du personnel de santé :

- 9) La Suisse profite de l'afflux du personnel de santé étranger, qui est attiré avant tout par le haut niveau de salaire, et entreprend trop peu d'efforts pour former elle-même suffisamment de personnel qualifié.
- 10) La Suisse devra – entre autres pour la mise en œuvre du code de conduite de l'OMS – développer une stratégie face à la migration globale du personnel de santé. L'objectif principal est à cet égard de minimiser les effets négatifs de la migration et de maximiser ses effets positifs. L'aspect du genre doit particulièrement être pris en considération. Aujourd'hui déjà, ce sont surtout des femmes qui migrent en tant que médecin ou infirmière.

Migration circulaire et autres possibilités de coopération :

- 11) Le concept de migration circulaire est difficilement applicable et son utilité n'est que limitée pour atténuer les effets négatifs de la migration pour les pays d'origine. Il ne vaut ainsi que de manière très limitée comme solution de politique migratoire. D'autres mesures doivent être trouvées afin de renforcer les systèmes de santé par le transfert de savoir et l'échange d'expériences. De nombreux établissements en Suisse seraient prêts à un accroissement de la coopération internationale dans l'emploi du personnel de santé. Un engagement de la Suisse dans la formation de médecins et de personnel infirmier à l'étranger serait également envisageable.

9 Indications sur la publication

Ce rapport est publié conjointement avec les études de l'Obsan et de l'Institut Tropical et de Santé Publique Suisse à l'occasion de la 12e journée de travail de la Politique nationale de la santé du 11 novembre 2010.

Téléchargement et commande:

Les rapports sont également accessibles au format électronique sous www.gdk-cds.ch → Publications → Rapports et sous www.bag.admin.ch/themen/internationales. Le rapport de la CDS peut être commandé à l'adresse courriel office@gdk-cds.ch.

Propositions de citation et personnes de contact:

Huber, Kathrin; Mariéthoz, Ewa (2010). *Recherche qualitative sur le personnel de santé étranger en Suisse et sur son recrutement*. Berne, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.

Renseignements: Kathrin Huber, +41 31 356 20 20, kathrin.huber@gdk-cds.ch; Ewa Mariéthoz, +41 31 356 20 20, ewa.mariethoz@gdk-cds.ch

Jaccard Ruedin, Hélène; Widmer, Marcel (2010). *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse* (Obsan Rapport 39). Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

ISBN: 978-3-907872-70-3

Renseignements: Marcel Widmer, +41 32 713 68 95, marcel.widmer@bfs.admin.ch; Hélène Jaccard Ruedin, +41 32 713 68 02, helene.jaccardruedin@bfs.admin.ch

Wyss, Kaspar; Weiss, Svenja (2010). *Swiss Contributions to Human Resources for Health Development in Low- and Middle-Income Countries*. Basel, Schweizerisches Tropen- and Public Health Institut.

Renseignements: Kaspar Wyss, +41 61 284 81 40, kaspar.wyss@unibas.ch

