



Recrutement transfrontalier des professionnels hospitaliers

Rapport final à l'HOSPEEM et la FSESP



Le présent rapport a été réalisé à la demande de la FSESP/HOSPEEM avec le soutien financier de la Commission européenne. Les points de vue, qui y sont exprimés, n'engagent pas la Commission quant à l'utilisation qui pourrait être faite des informations qu'il renferme.

Ce rapport représente un point de vue d'expert et ne reflète pas nécessairement le point de vue de la FSESP et d'HOSPEEM

Recrutement transfrontalier des professionnels hospitaliers

Rapport final à l'HOSPEEM et la FSESP

C3182 / Mai 2006

ECOTEC Research & Consulting

► Priestley House
12-26 Albert Street
Birmingham
B4 7UD
Royaume-Uni

Tél. +44 (0)121 616 3600
Fax +44 (0)121 616 3699
www.ecotec.com

Table des matières

PAGE

1.0	Introduction	1
1.1	Présentation de l'étude	1
1.2	Migration en Europe	1
1.2.1	<i>Législation générale régissant la mobilité des travailleurs</i>	2
1.2.2	<i>Accès aux prestations sociales</i>	2
1.2.2.1	<i>Prestations de maladie</i>	3
1.2.2.2	<i>Retraites</i>	4
1.2.2.3	<i>Chômage</i>	4
1.2.3	Législation applicable aux ressortissants de pays tiers.....	4
1.2.4	Travailleurs frontaliers	5
1.3	Législation régissant la mobilité des travailleurs hospitaliers	6
1.3.1	Modèles de mobilité dans le secteur hospitalier	7
1.3.2	Mobilité dans le secteur hospitalier – le cas du Royaume-Uni et de l'Irlande	8
2.0	Étude de la migration dans le secteur	13
2.1	Motif de migration : migration personnelle et sociale contre migration économique	13
2.2	Recrutement ciblé et actif	15
2.2.1	Exemple : accord bilatéral entre le Royaume-Uni et l'Espagne	16
2.2.2	Exemple : recrutement ciblé au Danemark ; comté de Storstroem	17
3.0	Défis liés à la migration des professionnels hospitaliers	18
3.1	Problèmes éthiques liés à la migration	18
3.2	Difficultés à l'arrivée dans le pays de destination	19
3.2.1	Agences de recrutement	19
3.2.2	Adaptation et communication	19
3.2.3	Reconnaissance des qualifications et capacité d'évolution.....	19
3.2.4	Discrimination sur le lieu de travail	20
4.0	Implications pour le dialogue social	21
4.1	Comment résoudre les défis de la mobilité ?	21
4.2	Actions pour les pays de « destination »	22
4.2.1	Pratiques de recrutement éthiques.....	22
4.2.1.1	<i>Exemple : Principes éthiques de recrutement international du ministère de la Santé publique</i>	23
4.2.2	Soutien des employeurs de personnel recruté internationalement.....	23
4.2.3	Soutien offert au personnel recruté internationalement	24
4.2.4	Développement et rétention du personnel « national »	24
4.2.4.1	<i>Exemple : Initiative visant à améliorer les conditions de travail</i>	25
4.2.5	Reconnaissance des qualifications.....	25
4.3	Actions pour les pays « source »	25
4.3.1	Équité salariale.....	25

4.3.2	Exemple : Formation avant le départ au Sri Lanka	26
4.4	Meilleure collecte des données.....	26
4.5	Conclusions	27

Annexe 1 1

Liste des figures

Figure 1.1 :	Pays source pour l'admission au registre britannique des infirmiers 2004-2005 ..	9
Figure 1.2 :	Évolution du nombre d'admissions au registre britannique des infirmiers	10
Figure 1.3 :	Pays source pour l'admission au registre irlandais des infirmiers 2005.....	11
Figure 2.1 :	Motifs de migration – personnel, social et économique.....	13

Liste des tableaux

Tableau 1.1 :	Admissions au registre britannique des infirmiers de l'UE-10 – 2004/2005	9
Tableau 1.2 :	Infirmiers formés au Royaume-Uni mais résidant et inscrits à l'étranger	12
Tableau 2.1 :	Aspect financier comme source de motivation des médecins migrant vers la France.....	14
Tableau 4.1 :	Actions possibles pour répondre aux problèmes de migration dans le secteur hospitalier.....	21
Tableau 4.2 :	Données supplémentaires nécessaires au sein de l'U.E.	27

1.0 Introduction

1.1 Présentation de l'étude

Cette étude illustre le profil de migration du personnel hospitalier en Europe et identifie et analyse les initiatives menées au sein du secteur hospitalier, qui ont répondu aux problèmes liés à une main-d'œuvre mobile. La Fédération syndicale européenne des Services publics (FSESP) et l'Association européenne des employeurs hospitaliers (HOSPEEM) ont commandité l'étude pour faire état du développement d'un dialogue social dans le secteur hospitalier, laquelle a reçu le soutien de la Commission européenne sous la ligne budgétaire 04.03.03.01.

Le développement du dialogue social au niveau européen dans le secteur hospitalier a commencé par une conférence en mai 2000. Une seconde conférence a eu lieu en 2002 et a souligné l'importance du développement d'un dialogue à la lumière de l'élargissement. La conférence a également mis en exergue trois questions-clés du dialogue social sectoriel ; les questions relatives à la libre circulation des travailleurs, aux pénuries de main-d'œuvre qualifiée auxquelles font face les hôpitaux dans bon nombre de pays d'Europe occidentale et les questions relatives à une main-d'œuvre toujours plus nombreuse.

La conférence HOSPEEM / FSESP organisée les 16 et 17 mars 2006 constituait la quatrième réunion paneuropéenne avec comme principal objectif de formaliser le dialogue social dans le secteur hospitalier au sein de l'Union Européenne. Les premiers résultats de cette étude ont été présentés lors de cette conférence. Ce rapport final présente les résultats de l'étude et prend en compte les commentaires et points de vue des participants à la conférence. De manière plus spécifique, ce rapport essaie de présenter les schémas de migration parmi la main-d'œuvre du secteur hospitalier de l'UE (UE-25) et d'évaluer les moyens selon lesquels le dialogue social sectoriel au niveau européen peut aider à répondre aux problèmes liés à la migration et à la mobilité parmi le personnel hospitalier.

1.2 Migration en Europe

La mobilité des travailleurs a été un point central de la politique européenne au cours des dernières années, et pas seulement à la suite des discussions sur la libre circulation des travailleurs originaires des « nouveaux » États membres. En effet, la libre circulation des personnes est l'un des droits fondamentaux garantis par la législation communautaire, notamment le droit de vivre et de travailler dans un autre État membre. Malgré ces dispositions, entérinées dans les précédents traités de la CE, le nombre de travailleurs circulant entre (et même dans) les États membres est relativement faible, en raison des barrières culturelles, linguistiques et personnelles. Cette apparente réticence générale à exploiter les possibilités offertes par la liberté de circulation pose des difficultés à résoudre les écarts de compétences et les pénuries d'effectifs dans certaines régions et professions. Ainsi, la Commission européenne a proclamé 2006 Année européenne de la mobilité, avec une série d'initiatives mises en place pour encourager le déplacement des travailleurs dans toute l'Europe.

1.2.1 Législation générale régissant la mobilité des travailleurs

Pour les travailleurs, la liberté de circulation existe depuis la création de la Communauté européenne, comme mentionné à l'article 39 du traité de la CE. Alors que le terme « travailleur » n'a pas été défini dans le traité, il a été interprété par la Cour comme désignant toute personne qui (i) entreprend un travail réel et effectif, (ii) sous la direction d'une autre personne (iii) pour lequel elle est rémunérée ; cela concerne ainsi toute personne travaillant dix heures par semaine et les stagiaires. Cela ne s'applique pas aux professions libérales, aux étudiants, aux retraités ou aux personnes inactives, pour lesquelles la législation communautaire prévoit d'autres dispositions.

La législation européenne relative à la libre circulation des travailleurs (articles 3(1c), 14 et 29-42 du traité CE) stipule que les ressortissants d'un État membre sont autorisés à rechercher un emploi sur le territoire d'un autre État membre aux mêmes conditions que les travailleurs nationaux. Les travailleurs communautaires doivent ainsi être traités de la même manière que les travailleurs nationaux en termes de conditions d'emploi, d'avantages non directement liés à l'emploi, (ex. : avantages sociaux et fiscaux, formation professionnelle, indemnités de logement, aide destinée à garantir un niveau de vie minimal et aides à la famille) et de représentation syndicale.

L'accord à l'origine de l'Espace économique européen, associant la Communauté européenne et l'Association européenne de libre-échange (AELE), a également confirmé que les ressortissants de la Communauté européenne jouissaient des mêmes droits que les ressortissants européens en termes de libre circulation des travailleurs.

L'adhésion de 10 nouveaux États membres à l'UE le 1^{er} mai 2004 a lancé un débat sur la libre circulation des travailleurs issus de ces États membres. Une période transitoire de sept ans a été convenue (Traité d'adhésion de 2003) car certains États membres de l'UE-15 craignaient qu'une mobilité soudaine et massive vienne perturber leur marché du travail. La période de transition est basée sur la formule « deux plus trois plus deux » et s'applique aux ressortissants des pays suivants : République tchèque, Estonie, Lettonie, Lituanie, Hongrie, Pologne, Slovaquie, République slovaque. Les ressortissants de Malte et de Chypre ne sont pas concernés.

La formule implique que les États membres de l'UE-15 peuvent restreindre l'accès à leur marché du travail, pour une période de deux ans dans un premier temps. Ces restrictions seront contrôlées par la Commission européenne à la fin de cette période de deux ans, après laquelle les États membres de l'UE-15 peuvent décider d'appliquer les règles communautaires concernant la circulation des travailleurs aux ressortissants des nouveaux États membres ou continuer à appliquer leurs règles nationales pendant une autre période de trois ans. À la fin d'une période de cinq ans suivant la date d'adhésion, les ressortissants des nouveaux États membres peuvent jouir des droits de libre circulation, sauf si un État membre de l'UE-15 connaît de graves problèmes sur son marché du travail, dans quel cas il peut appliquer ses règles nationales pendant 2 autres années. Le Traité d'adhésion stipule qu'à la fin de cette période de sept ans, en mai 2011, les marchés du travail soient ouverts à tous les citoyens de l'UE-25.

1.2.2 Accès aux prestations sociales

L'accès aux prestations sociales est important en ce qui concerne la libre circulation des travailleurs. Il existe de nombreuses tentatives (principalement basées sur la jurisprudence) destinées à garantir que les travailleurs jouissent de tous ces avantages. Le règlement 1408/71 a défini les principes de base relatifs aux régimes de sécurité sociale et à la libre

circulation des personnes. Les prestations sociales couvertes par le règlement comprennent les prestations de maladie et de maternité, les indemnités invalidité, les allocations vieillesse, les prestations aux survivants, les prestations relatives aux accidents de travail et maladies professionnelles, les allocations chômage, les allocations familiales et les indemnités funéraires.

Le principal problème lié aux travailleurs migrants est qu'ils peuvent être assurés deux fois ou pas assurés du tout car ils peuvent être assurés dans un État membre pour moins longtemps que la période minimale requise et ils peuvent perdre leur droit aux prestations. Pour répondre à ce problème, la Communauté européenne établit les principes de base suivants concernant les prestations sociales et la libre circulation des travailleurs.

- Les travailleurs doivent être soumis à la législation d'un seul État membre à la fois et être uniquement assurés dans le pays où ils exercent une activité professionnelle ;
- Il existe des exceptions temporaires pour l'enregistrement à cours terme à l'étranger, pendant lequel le travailleur migrant reste assuré dans le pays dans lequel il a l'habitude d'exercer une activité professionnelle ;
- Il existe également des catégories spéciales de travailleurs, comme les marins ou les travailleurs dans le transport international, dans quel cas les travailleurs peuvent être assurés dans les pays autres que ceux dans lesquels ils exercent une activité professionnelle ; et
- Des cas spéciaux ont été appliqués, par exemple pour les personnes travaillant régulièrement dans plusieurs États membres. Dans ces cas, les travailleurs sont assurés dans le pays dans lequel ils résident.

Il est important de noter qu'il incombe aux États membres de développer leur régime de sécurité sociale mais que les dispositions de la Communauté européenne sur la sécurité sociale déterminent les pays qui doivent payer ces avantages. Le principe de base reste le même : les travailleurs migrants doivent bénéficier d'une égalité de traitement avec les travailleurs nationaux.

Le règlement 1408/71 et les amendements ultérieurs fournissent des détails techniques sur les provisions de ces prestations sociales. Comme l'objet de cette section n'est pas d'analyser les informations techniques, nous allons étudier les prestations les plus importantes afin de présenter les problèmes qui surviennent et leurs solutions justifiées.

1.2.2.1 *Prestations de maladie*

Les travailleurs doivent savoir qui est responsable de leurs prestations de maladie, en nature ou en espèces, lorsqu'ils travaillent dans un autre pays. Le principe-clé concernant ces prestations est que lorsque certaines conditions doivent être remplies avant qu'un travailleur migrant puisse avoir droit aux prestations (ex. : certaines années d'assurance), l'institution compétente doit prendre en compte ces périodes d'assurance, la durée de résidence ou d'emploi dans le cadre de la législation de l'autre État membre (*principe d'agrégation*).

Les prestations de maladie en espèces, les prestations qui remplacent les revenus (traitements, salaires), qui sont suspendues pour cause de maladie, sont payées selon la législation du pays d'assurance. Cependant, les prestations de maladie en nature, comme le traitement médical et dentaire, les médicaments ou hospitalisations, sont fournies selon la législation du pays dans lequel le travailleur migrant réside.

1.2.2.2 *Retraites*

Il s'agit d'une des questions les plus complexes concernant la libre circulation des travailleurs dans l'UE, en particulier concernant la reconnaissance des périodes pendant lesquelles un travailleur a été assuré dans d'autres États membres. Les travailleurs migrants conservent leur relevé d'assurance dans tous les États membres dans lesquels ils ont travaillé jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge de la retraite. Tous les pays dans lesquels ils ont travaillé pendant au moins un an doivent verser une pension de vieillesse lorsqu'ils atteignent l'âge de la retraite. Le niveau de pension, « haut » ou « bas » dépendra de leur relevé d'assurance dans le pays.

Cela signifie que les travailleurs migrants ne perdent aucun droit à la pension et au lieu d'une grosse pension ils en reçoivent plusieurs petites. Les travailleurs migrants ne perdent rien pendant les périodes plus courtes – moins de 12 mois – car le dernier État membre dans lequel ils ont travaillé doit assumer la responsabilité d'intégrer ces périodes.

Certains problèmes techniques concernant les taux de change et les frais bancaires postaux restent problématiques. Mais, le principal problème provient des différences d'âge de la retraite en Europe, ce qui signifie que le migrant peut avoir droit à une retraite dans un pays mais peut devoir attendre une retraite d'un autre pays.

La Commission européenne cherche actuellement à prendre des mesures pour améliorer la portabilité de droits à la pension supplémentaires.

1.2.2.3 *Chômage*

La règle de base concernant les droits à l'assurance chômage est qu'il faut les faire valoir dans le pays dans lequel le travailleur migrant a été actif en dernier, aux mêmes conditions que les travailleurs nationaux. Si les calculs sont basés sur le traitement ou salaire précédent, seuls ceux reçus dans ce pays doivent être pris en compte. La législation communautaire a également essayé de faciliter la recherche d'emplois dans d'autres États membres tout en étant chômeur en définissant les périodes auxquelles un chômeur a le droit à ces prestations même s'il est à la recherche d'un emploi dans d'autres États membres, quoique dans certaines conditions.

1.2.3 *Législation applicable aux ressortissants de pays tiers*

L'accès aux marchés du travail européens pour les ressortissants de pays tiers est soumis à une législation de niveau national. Toutefois, les membres de la famille des travailleurs jouissent de privilèges spéciaux eu égard à leur nationalité et ont le droit de vivre avec le travailleur dans l'État membre d'accueil et ont le droit à une égalité de traitement concernant l'éducation et les prestations sociales. Certains membres de la famille ont également droit à l'emploi.

Tandis que l'accès des ressortissants de pays tiers au travail est une question hautement sensible et repose sur la souveraineté nationale, la CE a proposé d'établir des définitions communes, des critères et des procédures concernant les conditions d'entrée et de résidence des ressortissants de pays tiers à des fins d'activités économiques rémunérées, dans le but d'établir une procédure d'application nationale unique, tout en respectant le choix des États membres de limiter la migration économique¹.

¹ Proposition d'une directive du Conseil, Com (2001) 386

Le Conseil européen a récemment décidé d'étendre le règlement (CEE) n°1408/71 aux ressortissants de pays tiers résidant légalement dans un État membre de l'UE. Le règlement du Conseil (CE) n°859/2003 du 14 mai 2003 en la matière est entré en vigueur le 1^{er} juin 2003. Ainsi, les ressortissants de pays tiers et les membres de leur famille et survivants peuvent bénéficier des dispositions européennes sur la coordination des systèmes de sécurité sociale tant qu'ils sont légalement résidents dans un État membre et dans les situations qui impliquent plusieurs États membres (ex. : une personne qui travaille en Belgique et dont les enfants font des études en France peut prétendre à des allocations familiales même si les enfants ne vivent pas en Belgique). Certaines dispositions concernant les allocations familiales s'appliquent dans le cas de l'Autriche et de l'Allemagne.

Au Royaume-Uni, il existe un certain nombre de systèmes disponibles aux citoyens non UE/EEE qui ont pour but de faciliter et de contrôler l'accès des migrants au marché du travail britannique. Il existe également certaines initiatives spéciales en place pour les pays du Commonwealth.

1.2.4 Travailleurs frontaliers

Un travailleur transfrontalier est un employé ou un travailleur indépendant qui exerce son emploi dans un autre État membre que celui dans lequel il réside et vers lequel il retourne aux moins une fois par semaine¹. En raison de la géographie et des langues, il existe un énorme potentiel pour les travailleurs frontaliers dans certains pays de l'UE, en particulier en Europe centrale.

Les travailleurs frontaliers jouissent généralement des mêmes prestations que les travailleurs migrants, par exemple en ce qui concerne les indemnités maladie, les allocations familiales et les retraites. Mais, il existe différentes dispositions concernant les prestations de maladie et les indemnités chômage.

Concernant les prestations en nature pour maladies et accidents du travail, le travailleur frontalier peut choisir le pays duquel il veut obtenir ces prestations. Néanmoins, concernant les indemnités chômage, un travailleur frontalier peut prétendre à ces prestations dans le pays dans lequel il réside. (Ceci a été amélioré par la réforme des règlements 1408/71 et 883/04).

Les problèmes d'imposition sont plus compliqués et sont généralement traités par le biais d'accords bilatéraux, bien que la règle générale d'égalité de traitement s'applique pour l'impôt sur le revenu. Les règles demandaient à un travailleur transfrontalier de ne pas payer plus d'impôts qu'une personne vivant et travaillant dans le même pays que son pays d'emploi. De plus, les règles selon lesquelles il est plus intéressant d'être imposé en tant que couple plutôt qu'en tant que célibataire, ne doivent pas être conditionnelles sur les deux personnes, le travailleur frontalier et son épouse résidant dans le même pays.¹¹

Il existe un manque de données nationales uniformes et par conséquent, il n'y a pas d'informations statistiques fiables concernant la situation des travailleurs frontaliers dans l'UE. Il existe, cependant, une estimation selon laquelle ces travailleurs représentent moins

¹ Comme défini dans le règlement 1408/71

¹¹ Communication de la Commission intitulée Libre circulation des travailleurs – en tirer pleinement les avantages et les potentialités, 2002.

de 0,5 % des travailleurs employés dans l'Union Européenne^I, avec les pays comme le Luxembourg et la Suisse qui accueillent le plus de travailleurs frontaliers^{II}.

1.3 Législation régissant la mobilité des travailleurs hospitaliers

La position de l'UE en matière de politique de santé a traditionnellement été plutôt diffuse car la responsabilité de la santé était, en 2000, répartie parmi les 13 directions générales sur 24, et mettait généralement l'accent sur la santé publique plutôt que sur les services de santé en particulier. Le Traité d'Amsterdam de 1997 soulignait le fait que la responsabilité des services de la santé devait incomber aux différents États membres, bien que certains articles du Traité (Projet de santé publique) attribuaient certaines responsabilités à la Commission, comme par exemple la promotion de la santé. Au cours des dernières années, le Comité de protection sociale a eu pour rôle de contrôler et d'évaluer les développements liés à la santé et à l'assistance sociale dans le cadre de la méthode ouverte de coordination dans ce domaine. Le Livre blanc sur les services d'intérêt général publié en mai 2004^{III} a annoncé une approche plus systématique du traitement des services sociaux et de santé d'intérêt général au niveau européen. Une Communication sur ce sujet est prévue en 2006.

Tandis que le rôle de la Commission européenne en matière de santé a été traditionnellement fragmenté, la Commission a apporté son soutien à la mobilité des professionnels hospitaliers pendant de nombreuses années. Le Traité de Rome définissait les fondations initiales pour la mobilité et la libre circulation des travailleurs dans toute l'UE, et d'autres directives européennes ont été adoptées en 1975 (75/362/CEE et 75/363/CEE) et se concentraient essentiellement sur un accès plus facile des médecins dans les États membres par le biais de moyens garantissant que les qualifications professionnelles étaient reconnues et également acceptées parmi tous les États membres. Ces deux directives ont été regroupées en 1993 dans la directive 93/16/CEE (« Directive concernant les professions de médecin »), qui, conformément à la citoyenneté et au suivi d'une formation, permettait essentiellement aux médecins de travailler dans d'autres États membres. Au cours des dernières années, cette directive a été plusieurs fois amendée, et finalement remplacée par la directive 2005/36/CE en octobre 2005. La directive concernant les professions de médecin s'accompagne de onze autres directives sectorielles, toutes basées sur des critères de formation minimum. Une réforme proposée de la reconnaissance des qualifications envisage un regroupement de trois directives de système général^{IV} avec douze directives sectorielles^V couvrant les sept professions suivantes : médecin, infirmier, dentiste, vétérinaire,

^I Opinion du Comité des Régions sur les travailleurs frontaliers : Évaluation de la situation après dix années de marché intérieur : Problèmes et perspectives (2005/C 43/02)

^{II} Travailleurs frontaliers dans l'Union européenne, Direction générale des études, DOCUMENT DE TRAVAIL série Affaires sociales - W 16A - Résumé

^{III} http://europa.eu.int/eur-lex/fr/com/wpr/2004/com2004_0374fr01.pdf

^{IV} Directives du Conseil 89/48/CEE et 92/51/CEE et directive du Parlement européen et du Conseil 1999/42/CE

^V Directives du Conseil 93/16/CEE, 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE, et 85/384/CEE

obstétricien, pharmacien et architecte¹. Ces ensembles de loi ont été regroupés en un seul texte, la directive 2005/36/CE². La nouvelle directive prendra effet le 20 octobre 2007.

Tandis que les ressortissants de l'UE/EEE sont autorisés à circuler librement dans toute l'Europe, il existe des restrictions par pays pour les personnes extérieures à l'EEE comme mentionné ci-dessus. Dans la plupart des pays, les règlements diffèrent pour les ressortissants de pays tiers qui sont des professionnels de la santé formés et qualifiés. Par exemple, le programme britannique pour les migrants aux profils très qualifiés (*Highly Skilled Migrant Programme*) a mis en place des conditions qui encouragent le personnel hospitalier qualifié à venir au Royaume-Uni pour occuper un emploi dans le service de la santé. Mais, les nouvelles règles d'immigration qui s'appliqueront à la mi-2007 signifient que les professionnels hospitaliers de pays tiers devront obtenir un permis de travail pour pratiquer au Royaume-Uni et les permis ne seront accordés que lorsqu'il existe des écarts de compétences réels et lorsque les emplois ne peuvent pas être occupés par un ressortissant britannique ou européen. Le nouveau système à points garantit que les médecins peuvent venir au Royaume-Uni sans offre d'emploi ferme, alors que les infirmiers ne seront autorisés à venir au Royaume-Uni qu'avec une offre d'emploi ferme dans un « domaine de pénurie ». En Irlande, les médecins non UE/EEE peuvent prétendre à une inscription temporaire à condition de se soumettre à un test linguistique et à réussir le système d'évaluation de l'inscription temporaire (TRAS) qui implique une formation et un perfectionnement supplémentaires. L'inscription temporaire ne peut dépasser sept ans.

1.3.1 Modèles de mobilité dans le secteur hospitalier

Au cours de la dernière décennie, il y a eu une tendance générale à une mobilité accrue dans le secteur hospitalier en Europe, des pays tiers en Europe et de l'Europe vers les pays tiers. Ce rapport cherche à établir des modèles de migration des travailleurs dans le secteur, ce qui motive les travailleurs à migrer, quels sont les défis soulevés par la migration accrue et ce que dialogue social peut faire pour répondre à ces défis.

Lors de la tentative d'établir un modèle de mobilité dans le secteur, des difficultés surviennent concernant les données disponibles. Actuellement, il n'existe pas de données comparables collectées pour l'UE-25. Tandis que les enquêtes de la Direction générale du marché intérieur et l'enquête sur la main-d'œuvre ont toutes les deux cherché à établir des niveaux de migration, il existe d'importants écarts dans leurs statistiques dans le temps et pour de nombreux pays, aucune donnée n'est disponible. L'utilisation des données d'inscription nationales peut s'avérer être un outil de mesure efficace et peut fournir des données plus uniformes, bien que cette méthode ne soit pas sans défauts. Les données d'inscription sont collectées différemment dans chaque pays, c'est pourquoi elles sont loin d'être comparables, et de plus, cette méthode fournit uniquement des données pour les professions qui nécessitent légalement une inscription ; comme les médecins et les professions associées, et les infirmiers et les obstétriciens. Ainsi, il devient quasiment impossible de contrôler le niveau de migration parmi les travailleurs faiblement qualifiés et ceux de niveau cadre au niveau européen. Enfin, les données d'inscription mesurent uniquement l'intention de travailler dans un certain pays et non l'emploi réel.

¹ Pour de plus amples informations sur la réforme du système, cf. : Réforme du système pour la reconnaissance des qualifications professionnelles sur SCADPlus à l'adresse suivante : <http://europa.eu.int/scadplus/leg/en/cha/c11065.htm>

² Directive 2005/36/CE du Parlement Européen et du Conseil du 7 septembre 2005 sur la reconnaissance des qualifications professionnelles, JO L 255, 30.9.2005, p.22-142

Mais, en examinant les données disponibles et la législation imposée dans l'UE, il devient possible d'établir un modèle, bien que fragmenté, de la migration dans le secteur hospitalier. Tandis que certains pays ont mis en place des restrictions sur la migration dans le secteur, comme l'Italie, d'autres autorisent une libre circulation totale. Par exemple, les citoyens européens sont autorisés à se porter candidats à des postes de santé en Italie et l'admission à un examen public garantit leur accès. Cependant, des limitations sont imposées aux postes de niveau supérieur ; les postes de gestionnaire public doivent être occupés par des citoyens italiens, ce qui limite la circulation des médecins et les professionnels de la santé de haut niveau¹. Une autre illustration provient de l'examen de la mobilité entre pays voisins : la mobilité entre les pays du Nord est traditionnellement élevée depuis les années 60 et en 2001, environ la moitié des médecins non danois formés au Danemark étaient norvégiens.

En combinant ces données d'inscription, les données de l'enquête sur la population active et les autres études, il a été possible d'établir une présentation générale des modèles de migration dans les pays sélectionnés, que vous retrouverez en annexe à ce rapport. Ce chapitre offre une analyse plus approfondie de la mobilité au Royaume-Uni et en Irlande, ces deux pays ayant des données facilement accessibles.

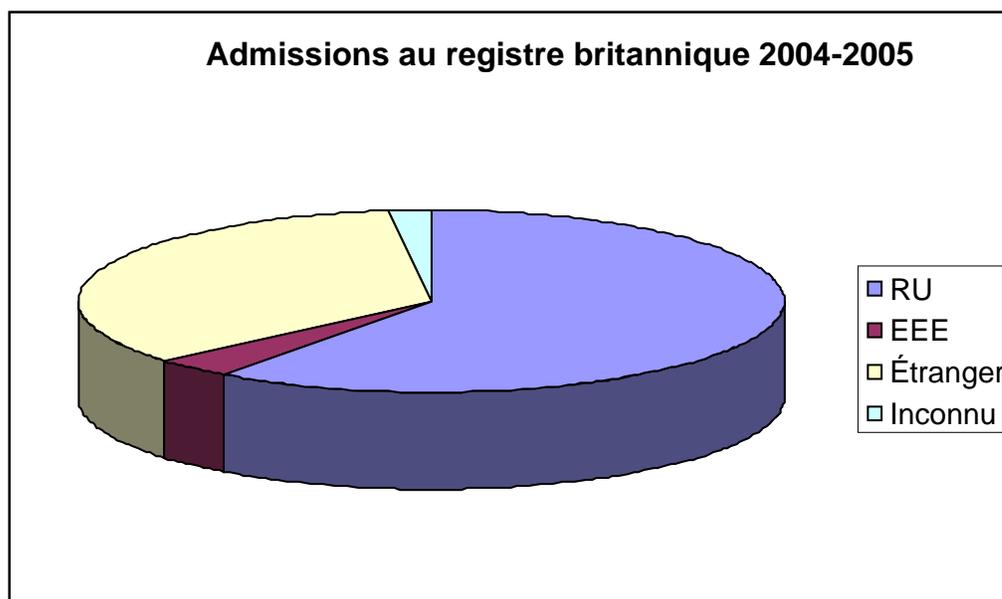
1.3.2 Mobilité dans le secteur hospitalier – le cas du Royaume-Uni et de l'Irlande

Le Royaume-Uni a connu une augmentation de 290 % du nombre d'infirmiers étrangers en 8 ans avec le niveau d'infirmiers recrutés internationalement représentant 4,9 % du personnel infirmier total. Tandis que ce chiffre est relativement faible, si l'on considère le niveau des nouvelles admissions à l'inscription au cours des dernières années, il est possible de voir de quelle manière l'augmentation du nombre d'infirmiers recrutés internationalement a affecté la structure du personnel infirmier. Dans ce pays, le nombre de formulaires d'inscription étrangers représente un pourcentage d'inscription nettement supérieur à 4,9 %, ce qui est vrai pour l'ensemble du personnel.

La Figure 1.1 illustre le pourcentage des inscriptions initiales en 2004-2005 au registre britannique du Conseil des infirmiers et des obstétriciens (*Nursing and Midwifery Council - NMC*) du Royaume-Uni, de l'EEE et de l'étranger (pays tiers). L'ampleur dans laquelle l'EEE a fait office de fournisseur d'infirmiers pour le secteur hospitalier britannique est minime par rapport au nombre d'admissions des pays tiers. Les données d'inscription indiquent que pour 2004-05, l'EEE a uniquement fourni 1 193 (3,6 %) d'inscrits initiaux sur un total de 33 257. Les admissions britanniques représentent le pourcentage le plus élevé (60 %), mais les admissions de pays tiers représentaient 34,5 % des nouveaux inscrits cette année.

¹ Silvana Dragonetti, The National Health Service in Italy :
(http://www.eurocarenet.org/IMG/doc/The_italian_situation_about_the_recruitment_of_nurses.doc)

Figure 1.1 : Pays source pour l'admission au registre britannique des infirmiers 2004-2005



Analyse du registre NMC, 2005

De plus, le problème lié à l'immigration à la suite de l'adhésion apparaît comme non fondé lorsque les données d'inscription initiale pour l'UE-10 sont analysées. Le Tableau 1.1 illustre le nombre d'admissions au registre britannique du NMC dans l'année qui suit l'adhésion. Les admissions de l'UE-10 au registre représentent seulement 0,69 % du nombre total d'inscriptions, 19 % des inscriptions EEE et 1,8 % de toutes les inscriptions internationales. Les inscriptions de la Pologne représentaient la majorité des inscriptions d'infirmiers de l'UE-10. Malheureusement, les données de l'UE-10 ne sont pas facilement accessibles pour les années précédentes, il est ainsi difficile d'établir s'il y a eu un changement à la suite du processus d'adhésion.

Tableau 1.1 : Admissions au registre britannique des infirmiers de l'UE-10 – 2004/2005

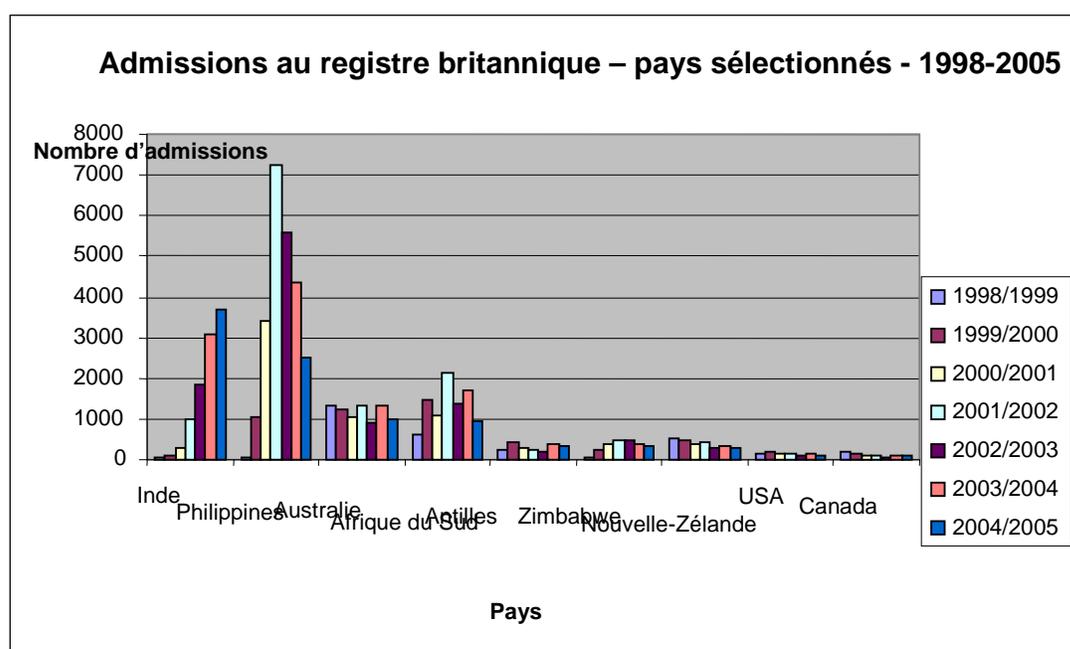
Pays	Nombre d'admissions
Pologne	133
République tchèque	23
Hongrie	22
Slovaquie	22
Lituanie	17
Malte	7
Estonie	5
Chypre	2
Lettonie	0
Slovénie	0
TOTAL	231

Analyse du registre NMC, 2005

Si l'on compare le nombre d'inscriptions initiales au registre britannique au cours des dernières années, les données indiquent que l'année passée, 2003-2004, les inscriptions de l'EEE ont augmenté légèrement. Les inscriptions britanniques ont largement maintenu un niveau similaire, tandis que les inscriptions étrangères ont baissé de 2 600. La plus forte augmentation d'inscriptions étrangères a eu lieu entre 2000 et 2002, lorsque le niveau est passé de 8 403 à 15 064. Ce niveau de recrutement accru est essentiellement lié au plan NHS¹ en 2001, projet de politique pour le système de santé qui avait pour principal objectif d'augmenter le personnel infirmier de 20 000 unités.

La Figure 1.2 illustre les changements intervenus dans le niveau de recrutement étranger au Royaume-Uni. L'Inde est le seul pays à avoir connu une augmentation chaque année des inscriptions d'infirmiers initiales. Les pays « les plus pauvres » comme les Philippines et l'Afrique du Sud ont connu une augmentation générale au cours des 8 dernières années, tandis que les niveaux d'inscription des pays plus riches comme l'Australie et les États-Unis sont restés constants.

Figure 1.2 : Évolution du nombre d'admissions au registre britannique des infirmiers



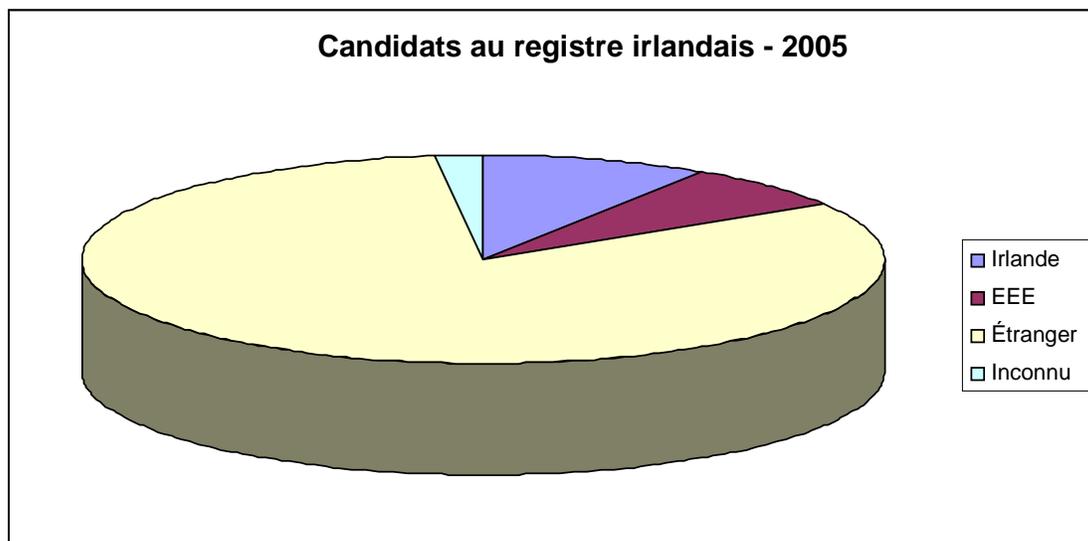
Analyse du registre NMC, 2005

Un facteur important à prendre en compte lors de l'interprétation des statistiques pour le Royaume-Uni est que la majorité des infirmiers recrutés internationalement sont recrutés dans le secteur privé et ne sont pas soumis aux mêmes règles de recrutement et de bonnes pratiques que celles du secteur public du NHS (cf. section 4.2.1 sur les pratiques de recrutement éthiques).

¹ Ministère de la Santé, 2001 The NHS Plan : a plan for investment, a plan for reform (plan NHS : un plan pour l'investissement, un plan pour la réforme)

L'Irlande a connu des modèles similaires au Royaume-Uni dans son nombre d'admissions au registre des infirmiers. La Figure 1.3 illustre le nombre très important de candidatures étrangères à l'inscription reçues par An Bord Altranais (Conseil irlandais des infirmiers) en 2005 – 2 438 sur 2 982 candidatures au total. Toutefois, en raison des changements de la structure de qualification des infirmiers, aucun étudiant infirmier irlandais n'a terminé sa formation en 2005 et les employeurs ont compensé la pénurie d'effectifs en recrutant des infirmiers étrangers. De tous les candidats au registre irlandais des infirmiers de l'EEE, le Royaume-Uni a été le plus grand fournisseur avec 117 infirmiers, tandis que la Pologne occupait la seconde place avec 34 candidats. L'Inde a été de loin le plus grand fournisseur de personnel infirmier en Irlande en 2005, avec plus de la moitié du nombre total de candidats (1 709) étant de nationalité indienne. Les données d'inscription pour 2001 et 2002 montrent que la majorité des inscriptions a été effectuée par des infirmiers irlandais tandis que les Philippines fournissaient le deuxième plus grand nombre d'inscrits pour la première fois sur les deux années. L'Inde a fourni peu de candidats en 2001 et 2002, ce qui indique que ce nombre a fortement augmenté au cours des dernières années.

Figure 1.3 : Pays source pour l'admission au registre irlandais des infirmiers 2005



An Bord Altranais

Enfin, il convient également de remarquer qu'il y a aussi eu un niveau élevé de migration extérieure du Royaume-Uni et de l'Irlande. Le Tableau 1.2 illustre le niveau de migration parmi les infirmiers britanniques vers les dix premières destinations, et ces chiffres montrent ceux qui sont inscrits auprès du NMC mais qui résident dans un autre pays. L'Australie est restée la principale destination des infirmiers britanniques au cours des cinq dernières années, avec le nombre le plus élevé de demandes de vérification au NMC depuis 2000. Il est intéressant de constater que le nombre de demandes de vérification de l'Australie a plus que doublé pour atteindre un nombre de 4 393 dans la période de 2000 à 2005. Parallèlement, le nombre de demandes des États-Unis a quadruplé pour atteindre 2 190 en 2005, tandis que le nombre de demandes de l'EEE est passé de 827 à 1 284.

Tableau 1.2 : Infirmiers formés au Royaume-Uni mais résidant et inscrits à l'étranger

Pays	Nombre d'infirmiers
Australie	5 415
Irlande	4 472
Afrique du Sud	2 197
États-Unis	2v076
Nouvelle-Zélande	1v971
Îles Anglo-Normandes	1 484
Canada	961
Île de Man	852
Hong-Kong	766

Analyse du registre NMC, 2005

L'annexe à ce rapport fournit de plus amples détails sur le niveau de migration extérieure des pays sélectionnés.

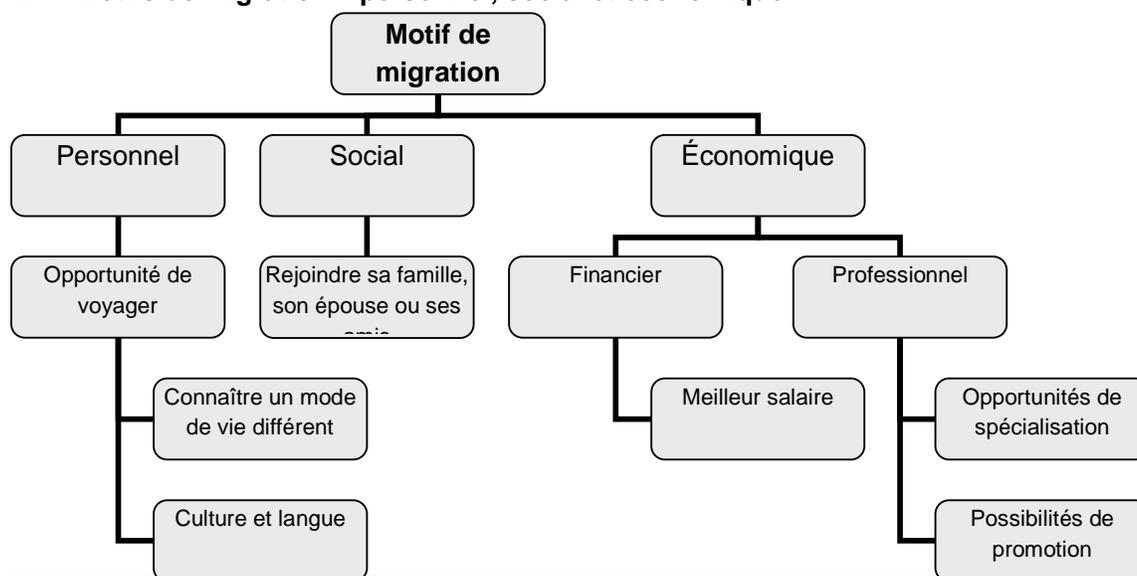
2.0 Étude de la migration dans le secteur

2.1 Motif de migration : migration personnelle et sociale contre migration économique

En comprenant ce qui motive la migration de travailleurs du secteur hospitalier, il est davantage possible pour les employeurs et les partenaires sociaux de développer des approches qui répondent aux raisons mises en évidence et qui, en conséquence, améliorent la rétention des travailleurs dans le pays de formation ou la nationalité ou encouragent la migration éthique des pays où la main d'œuvre est trop nombreuse vers des pays confrontés à une pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Il existe deux grandes catégories de raisons avancées pour la migration par ceux qui se déplacent d'un pays à l'autre dans le secteur hospitalier : ceux qui peuvent être classés dans la catégorie migration personnelle ou sociale, et ceux dans la catégorie migration économique. Ces facteurs sont étudiés plus en détail ci-après.

La Figure 2.1 fournit une catégorisation des principaux motifs de migration qui ont été proposés dans deux études de professionnels de la santé recrutés internationalement au Royaume-Uni et en France¹.

Figure 2.1 : Motifs de migration – personnel, social et économique



Trois études ont essayé de définir les motifs de migration des professionnels de la santé, deux d'entre elles ont été menées au Royaume-Uni^{II} et une en France. Les études sont arrivées à la conclusion que les motifs de migration variaient fortement selon le pays de

^I J Buchan et al. Internationally recruited nurses in London: profile and implications for policy, 2005, Kings Fund and C Thayer, Survey of European doctors working in France, presentation to La Conférence Européenne des Ordres et des Organismes d'attribution similaire (CEOM).

^{II} J Buchan et al. Internationally recruited nurses in London: profile and implications for policy, 2005, Kings Fund and C Jinks et al, Mobile medics? The mobility of doctors in the EEA. Health Policy, 2000, 54 p45-64

destination du personnel en question. Parmi les infirmiers de pays tiers au Royaume-Uni, les motivations financières étaient les plus répandues parmi les infirmiers des Philippines et d'Afrique du Sud, alors qu'aucune incitation financière n'a été citée par un seul participant provenant d'Australie. Les autres études sur les ressortissants de l'EEE travaillant en France et au Royaume-Uni ont cependant montré que les motivations financières étaient très faibles ; seulement 19 % des médecins de l'EEE participant à l'étude en France ont cité les gains économiques comme motivation à la mobilité – le plus grand nombre revenant à la Pologne.

Tableau 2.1 : Aspect financier comme source de motivation des médecins migrant vers la France

Meilleure situation financière en France				
Pays	Non	%	Oui	%
Royaume-Uni	21	95 %	-	-
Pays-Bas	34	92 %	-	-
Allemagne	147	75 %	33	17 %
Italie	67	66 %	11	11 %
Grèce	17	65 %	4	15 %
Belgique	234	65 %	93	26 %
Pologne	21	54 %	11	28 %
Espagne	36	51 %	13	19 %
Tous les médecins	637	67 %	186	19 %

C Thayer, Médecins européens travaillant en France

Si l'on considère la migration des professionnels de l'UE/EEE, les motifs associés à l'évolution de carrière sont répandus ; une étude menée au Royaume-Uni en 2000 a révélé que les deux principaux motifs de migration étaient un manque d'emplois et de spécialisation dans le pays source, et de meilleures opportunités de formation dans le pays de destination. Ceci a été corroboré par l'étude menée en France qui indiquait que 30 % des médecins espagnols et 28 % des médecins belges pensaient avoir une plus grande flexibilité en termes de carrière en France.

La migration pour motifs personnels a été principalement citée par les infirmiers d'Australie, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis. Dans ce groupe, aucun autre type de motif de migration n'a été avancé en réponse à l'étude. Ceci a été à nouveau démontré dans l'étude menée en France, dans laquelle 48 % des participants ont déclaré vouloir « changer de décor » lors de leur migration. Les motifs d'origine sociale comme rejoindre sa famille ont été peu cités parmi les participants mais ils revenaient plus fréquemment parmi ceux d'Afrique et d'Inde.

Finalement et peut-être le point le plus intéressant, l'étude menée auprès des médecins en France a montré que les compétences linguistiques constituaient le plus grand facteur d'influence dans la décision de migration. 73 % des participants ont déclaré qu'une connaissance de la langue française avait joué en faveur de la migration. Cette réponse a été la plus donnée parmi les docteurs de nationalité britannique et belge.

2.2 Recrutement ciblé et actif

Il est vrai que la majorité des services de la santé du monde entier souffrent de pénuries de professionnels de la santé. Alors qu'il est très difficile de définir et de mesurer les pénuries d'effectifs, les États-Unis, avec un rapport infirmier par habitant de 773 infirmiers pour 100 000 habitants, fait état de pénuries de personnel infirmier, de même que l'Ouganda, avec un rapport infirmier par habitant d'environ 6 infirmiers pour 100 000 habitants. L'Organisation mondiale de la santé a observé qu'en 2003 le « principal problème auquel sont confrontés les systèmes de sécurité sociale est la pénurie d'effectifs »¹.

À un niveau plus basique, il serait juste de résumer qu'une pénurie de professionnels hospitaliers existe lorsqu'il y a un déséquilibre entre le niveau de compétences requis (nombre de médecins et d'infirmiers, par exemple) et la disponibilité réelle de ces personnes. Les populations croissantes et vieillissantes ont fortement augmenté les demandes de systèmes de santé et ont ainsi accru le besoin de personnel formé et qualifié.

Les difficultés mentionnées ci-dessus lors de la mesure des pénuries de personnel signifient qu'il est difficile de compiler une image globale de la situation en Europe. Au Royaume-Uni, les pénuries sont mesurées en termes de nombre de postes NHS vacants pendant plus de trois mois, par exemple. Un manque de données pour l'UE-10 rend difficile d'établir si les pénuries de professionnels de la santé sont effectives, mais des hypothèses peuvent être avancées lors du contrôle du nombre de médecins et d'infirmiers employés dans différents pays dans le temps, en gardant à l'esprit la demande générale croissante de services. Les chiffres signalés indiquent que le nombre d'infirmiers employés en Pologne a fortement diminué au cours des dernières années (réduction de plus de 30 000 entre 1995 et 2003). Néanmoins, il faut garder en tête qu'il existe d'importantes variations entre les pays ; l'Espagne, par exemple, connaît un excédent de personnel médical formé.

Vous trouverez de plus amples informations et données sur les pénuries de personnel signalées dans les pays européens sélectionnés à l'Annexe 1 au présent rapport.

En réponse aux pénuries de personnel, de nombreux services de santé ont mis en place des programmes de recrutement ciblé et actif dans d'autres pays. Le recrutement ciblé a lieu à grande échelle dans toute l'Europe et stimule davantage la migration sur tout le continent, à l'aide de programmes coordonnés au niveau national par les ministères de la Santé publique, au niveau local par les trusts hospitaliers et les employeurs individuels et indépendamment via les agences de recrutement. Les accords bilatéraux entre les gouvernements sont relativement courants et existent à la fois en Europe (Royaume-Uni et Espagne, Pays-Bas et Portugal) et entre les pays tiers et les États membres de l'UE. Par exemple, le gouvernement d'Afrique du Sud a établi des accords bilatéraux avec l'Allemagne et Cuba, et le Royaume-Uni avec les Philippines et l'Inde.

Mais, le recrutement via les agences est resté le principal moyen de mobilité dans le secteur, au Royaume-Uni du moins. Une étude sur les infirmiers recrutés internationalement à Londres a montré que plus de 60 % des infirmiers participant à l'étude ont impliqué une agence dans leur migration vers le Royaume-Uni, et ceci a été le cas de presque 100 % des infirmiers philippins et de plus de 80 % des infirmiers d'Afrique du Sud. Au Royaume-Uni uniquement, 46 agences participent au recrutement international sur la liste des sociétés agréées établie par les employeurs du NHS. Ces agences ont reçu deux références de trusts NHS qui indiquent qu'elles sont conformes aux codes de pratiques éthiques. Un nombre

¹ Buchan & Calman, 2005, The global shortage of registered nurses – a report for the global nursing review initiative

beaucoup plus important d'agences fournit une seule référence et 150 n'en fournissent pas du tout.

2.2.1 Exemple : accord bilatéral entre le Royaume-Uni et l'Espagne

Un accord bilatéral a été établi entre les gouvernements britannique et espagnol en 2001 afin de formaliser l'offre d'infirmiers, de médecins généralistes, de consultants, de pharmaciens et de dentistes sur le marché du travail anglais. Bien que relativement informel en termes de conditions définies, l'accord concluait que le Royaume-Uni était libre de recruter activement dans le secteur de la santé espagnol.

L'accord a été initié par le ministre de la Santé publique espagnol en réponse au plan NHS¹, dont le principal objectif était d'augmenter le personnel infirmier britannique de 20 000 personnes. Les autorités espagnoles ont convenu qu'une éventuelle action contribuant à la réalisation de l'objectif de dotation en personnel contribuerait à encourager la migration des infirmiers de l'Espagne au Royaume-Uni, en fournissant également un emploi au grand nombre d'infirmiers au chômage en Espagne en raison de l'offre excessive de personnel formé dans le pays. Le recrutement en Espagne a fourni d'autres avantages au Royaume-Uni dans le sens où la libre circulation des travailleurs était possible entre les deux pays et où les deux systèmes de santé fonctionnent selon des pratiques de travail similaires.

En pratique, la majeure partie du recrutement a été initié par des trusts NHS individuels qui disposaient de postes vacants qu'ils voulaient remplir par du personnel espagnol. L'ambassade britannique en Espagne est le premier port d'escale pour ceux qui souhaitent migrer vers le Royaume-Uni par le biais de l'accord ; l'ambassade fait office d'intermédiaire entre les candidats et les employeurs pour organiser la première série de sélection en coordonnant les candidatures qui ont réussi les tests de recrutement. La majeure partie du processus de recrutement se déroule en Espagne, les recruteurs visitent le pays et y effectuent des entretiens. Les candidats doivent effectuer un test de compétence linguistique ; alors que pour les infirmiers, il ne s'agit pas du test IELTS formel (*International English Language Testing System*), d'autres méthodes sont utilisées comme des entretiens en anglais. Une fois les postes affectés, un contrat minimum de deux ans est proposé au personnel.

À leur arrivée au Royaume-Uni, le type d'adaptation réservé aux infirmiers, consultants et pharmaciens est laissé à la discrétion du trust de recrutement. Alors que des recommandations ont été émises par ministère de la Santé publique qui recommande une période d'adaptation de 4 à 6 semaines ainsi qu'une formation linguistique supplémentaire, si nécessaire, il n'est pas obligatoire d'offrir le niveau de formation suggéré. Un mentor peut être affecté à chaque infirmier recruté et un membre du personnel dans chaque trust doit faire office d'agent de soutien du personnel international qui est chargé de fournir un soutien social et pastoral. Enfin, le trust de recrutement est également chargé de trouver un hébergement le plus proche de l'hôpital pour les nouveaux membres de personnel à leur arrivée.

Le projet a actuellement recruté plus de 1 200 infirmiers au Royaume-Uni. Le ministère de la Santé publique reconnaît qu'en raison du grand nombre d'infirmiers participant au projet, il est plus difficile de fournir le même niveau de soutien aux infirmiers que celui fourni aux consultants ou médecins généralistes à leur arrivée au Royaume-Uni. Malgré cela, la rétention est considérée comme satisfaisante et tandis qu'un certain nombre d'infirmiers retournent en Espagne à la fin de la période contractuelle de deux ans, ils sont nombreux à

¹ Ministère de la Santé publique, 2001 The NHS Plan : a plan for investment, a plan for reform (plan NHS : un plan pour l'investissement, un plan pour la réforme)

revenir travailler au Royaume-Uni après une période très courte. L'approche qui avait été initialement développée pour les infirmiers a maintenant été appliquée aux consultants hospitaliers, médecins généralistes et pharmaciens et s'est révélée tellement positive qu'elle est maintenant appliquée au milieu non médical des travailleurs sociaux. Dans un récent projet-pilote, 16 travailleurs sociaux ont été recrutés dans trois autorités locales du Nord-Ouest de l'Angleterre.

Selon le ministère de la Santé publique britannique, le succès du projet est basé sur le fait que le programme a été entièrement expérimenté et testé avant son application et qu'il comprenait une approche rigoureuse du recrutement en Espagne.

2.2.2 Exemple : recrutement ciblé au Danemark ; comté de Storstroem

Alors que le Danemark n'a pas conclu d'accord avec la Pologne, un recrutement ciblé a lieu. En 2003, quatre comtés danois se sont réunis pour recruter activement des médecins originaires de Pologne via une agence suédoise. Le comté de Storstroem cherchait à occuper des postes d'ordre général dans les petits hôpitaux et à recruter des radiologues ; sur les 40 médecins recrutés, 12 ont été employés à Storstroem. Avant de quitter la Pologne, les médecins sélectionnés devaient participer à une formation spécialisée et linguistique intensive de six mois, les instruisant sur le système de santé et la législation en matière de santé au Danemark. Il avait également été prévu pour les médecins de visiter les services dans lesquels ils allaient être affectés.

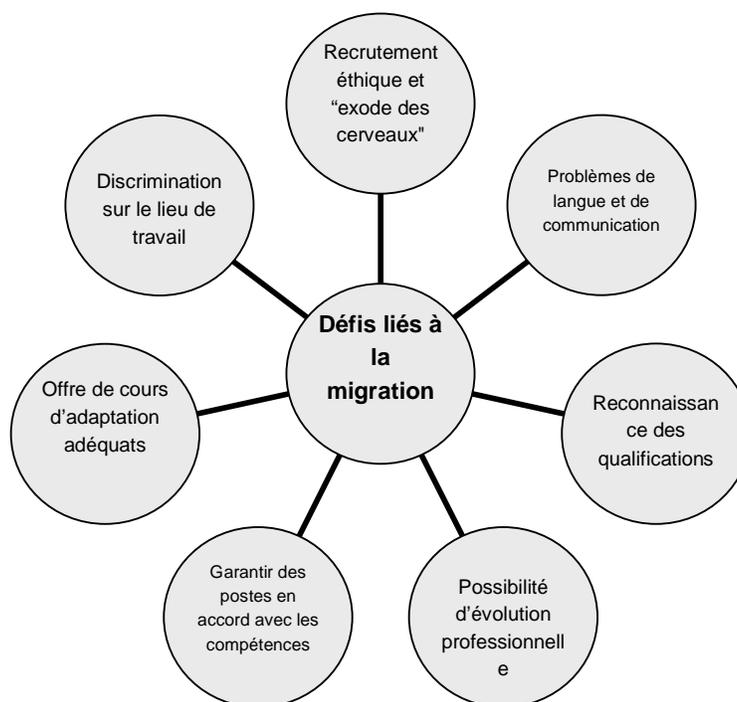
Il a été observé, qu'à leur arrivée, les médecins nécessitaient généralement une formation linguistique et spécialisée supplémentaire. Il y a également eu des difficultés en termes de transférabilité des compétences ; généralement, les médecins polonais étaient plus spécialisés dans leur expérience que ne l'exigeaient leurs postes au Danemark. Pour les postes dans les petits hôpitaux, il était plus important que les médecins aient de bonnes compétences en matière de gestion et puissent traiter un grand nombre de cas.

Même s'il y a eu quelques problèmes, les récentes statistiques fournies par l'agence suédoise ont montré qu'un grand nombre de médecins étaient encore employés dans le secteur hospitalier danois 11 mois après leur prise de poste. Alors que certains avaient changé de régime de travail, la majorité était restée dans le même comté.

3.0 Défis liés à la migration des professionnels hospitaliers

Un niveau de mobilité toujours croissant dans le secteur hospitalier s'accompagne de nouveaux défis pour les pays source et cible. Outre l'impact de la migration sur les systèmes de sécurité sociale du monde entier, il existe des implications pour les migrants eux-mêmes. La Figure 3.1 résume les principaux défis liés à la migration professionnelle et ceux-ci sont étudiés plus en détail dans ce chapitre.

Figure 3.1 : Défis liés à la migration de travailleurs hospitaliers



3.1 Problèmes éthiques liés à la migration

Une étude mondiale de la pénurie d'infirmiers a montré qu'il existait de grandes différences en termes de disponibilité et d'offre d'infirmiers entre les pays et continents. Au niveau national, le rapport nombre d'infirmiers par habitant va de moins de 10 infirmiers pour 100 000 habitants dans des pays comme la République centrafricaine, l'Ouganda et le Libéria à plus de 1 000 infirmiers pour 100 000 habitants dans les pays tels que la Finlande et la Norvège, soit un écart de l'ordre du centuple. Le rapport moyen en Europe, région avec les rapports les plus élevés de nombre d'infirmiers par habitant, est 10 fois celui des régions les plus faibles comme l'Afrique et l'Asie du Sud-est. En moyenne, le rapport du nombre d'infirmiers par habitant dans les pays à forts revenus est presque huit fois supérieur à ceux à faibles revenus. Une estimation récente a indiqué que les pays d'Afrique subsaharienne avaient une pénurie de plus de 600 000 infirmiers pour répondre aux objectifs de développement du millénaire¹.

¹ Buchan & Calman, 2005, The global shortage of registered nurses – a report for the global nursing review initiative

En clair, il est vital que les pays développés « plus riches » soutiennent de manière éthique le recrutement afin d'empêcher l'« exode des cerveaux » dans les pays qui ne peuvent pas se permettre de perdre leur peu de personnel hospitalier.

3.2 Difficultés à l'arrivée dans le pays de destination

3.2.1 Agences de recrutement

Comme indiqué, les agences de recrutement jouent un rôle dans la vaste majorité de la migration dans le secteur hospitalier, en particulier dans le recrutement de pays tiers dans l'EEE. Deux tiers des infirmiers internationaux qui ont étudié à Londres ont impliqué des agences de recrutement dans leur migration. Dans le cas des infirmiers des Philippines, les agences de recrutement sont initialement basées dans leur propre pays, alors que les infirmiers de la plupart des autres pays avaient eu recours à des agences internationales ou basées au Royaume-Uni.

Ce qui est inquiétant c'est qu'il existe des différences concernant le paiement des services des agences de recrutement. Alors que la plupart des infirmiers d'Australie, de Nouvelle-Zélande et des États-Unis n'ont pas payé pour les services fournis par leur agence, 74 % de celles des Philippines et la plupart de celles d'Inde ont payé pour une partie ou la totalité des services qu'elles ont reçus (notamment les services tel que l'inscription et les vols vers le Royaume-Uni). À partir des résultats de cette étude, il apparaît que les infirmiers provenant de pays plus pauvres sont plus vulnérables pour payer les services de migration.

3.2.2 Adaptation et communication

La législation européenne actuelle ne nécessite pas que les professionnels hospitaliers se déplaçant dans toute l'Europe effectuent des tests linguistiques de compétence. Les tests sont uniquement obligatoires pour les ressortissants de pays tiers se déplaçant vers l'Europe, dans quel cas le personnel doit réussir le test IELTS. De la même façon, les cours d'adaptation pour accoutumer le personnel au nouveau pays et au nouvel emploi ne sont pas nécessaires. Alors que la plupart des partenaires sociaux et gouvernements recommandent qu'une formation linguistique et d'adaptation soit offerte à l'ensemble du personnel recruté internationalement, l'offre est inégale et laisse davantage de place au développement et à l'amélioration. Une étude menée par le RCN a montré que la plupart des infirmiers recrutés internationalement dans le secteur indépendant avait des problèmes d'accès à la formation d'adaptation et avaient également des difficultés à s'inscrire. De plus, une preuve anecdotique montre que la formation linguistique est souvent inadéquate, en particulier lorsqu'elle est offerte dans le pays source. Cette formation ne représente pas le langage commun ou dialecte local, et le personnel recruté internationalement a alors souvent des problèmes de communication.

3.2.3 Reconnaissance des qualifications et capacité d'évolution

Alors que les directives européennes s'efforcent de garantir que les qualifications professionnelles soient reconnues en Europe, il existe des preuves anecdotiques suggérant que certains travailleurs, en particulier ceux de l'UE-10, se battent encore pour faire reconnaître leur formation et leurs compétences. Cela a été le cas en particulier de ceux qui ont arrêté leur formation à un niveau pré-universitaire, dans certains pays des cours de formation d'infirmiers de quatre ans sont disponibles dès 14 ans et ces cours ne sont pas reconnus dans le cadre de la directive européenne.

Les autres problèmes qui surviennent dans le cadre de la reconnaissance de la formation professionnelle ont été soulignés dans une étude menée auprès d'environ 100 infirmiers recrutés internationalement au Royaume-Uni par le RCN. L'étude a montré que selon 57 % d'entre eux, leur poste au Royaume-Uni ne reflétait pas celui qu'ils avaient dans leur propre pays. Cependant, cela a essentiellement posé problème à ceux qui étaient employés dans le secteur privé plutôt que dans le NHS, 54 % de ceux du NHS pensaient que leur emploi était plutôt approprié tandis que 70 % de ceux du secteur privé pensaient que leur emploi n'était pas approprié à leur expérience et formation. De plus, l'évolution professionnelle était très difficile pour les infirmiers, avec très peu d'avancements offerts (18 %), qu'ils travaillent dans le secteur public ou indépendant. Cette étude n'a malheureusement pas pu établir si cela a été un problème dans d'autres États membres de l'UE. Cela souligne un manque de données dans l'UE concernant les travailleurs des soins infirmiers et de la santé et les postes qu'ils occupaient ; il est difficile de comprendre l'ampleur du personnel qualifié travaillant dans des postes d'assistants de santé en Europe sans la mise en place de recherches et de données suffisantes.

3.2.4 Discrimination sur le lieu de travail

Comme mentionné ci-dessus, l'étude RCN montre que les infirmiers recrutés internationalement sont confrontés à une discrimination sur le lieu de travail en termes de reconnaissance de leurs compétences et de probabilité réduite de promotion et d'évolution professionnelle. Toutefois, une étude menée par l'Institut européen de la santé et des sciences médicales¹ sur les expériences des infirmiers recrutés internationalement au Royaume-Uni a indiqué que de nombreux infirmiers souffraient également de problèmes de harcèlement, de direction, de racisme et d'exploitation sur le lieu de travail ; de nombreux infirmiers participant à l'étude ont ainsi reçu un très mauvais accueil de leur employeur, tandis que les expériences étaient variées concernant le soutien offert sur le lieu de travail. En termes de problèmes de direction, les infirmiers recrutés internationalement dans le secteur hospitalier indépendant ont connu d'importants problèmes de harcèlement avec des assistants de santé, et ont le sentiment d'être épiés par la direction. D'autres ont dû faire face à différentes formes d'exploitation, en particulier de leurs responsables qui les utilisaient pour couvrir les postes indésirables. Dans certains cas, les infirmiers recrutés internationalement ont connu des problèmes fréquents de discrimination. Ceci est parfois apparu comme du pur racisme et, dans d'autres cas, les infirmiers blancs recrutés internationalement ont expliqué comment ils se sentaient également discriminés parce qu'ils étaient étrangers.

De nombreux infirmiers ont indiqué qu'ils avaient reçu du soutien et eu des expériences positives lorsqu'ils avaient fait appel à leur syndicat pour résoudre les problèmes sur le lieu de travail. Mais, alors que tout le personnel recruté internationalement au Royaume-Uni a le droit à la même protection légale que le personnel du pays, ils sont nombreux à être réticents à accéder à ces services, ou ne peuvent pas comprendre comment y accéder.

¹ "We need respect": experiences of internationally recruited nurses in the UK, 2003, European Institute of Health and Medical Sciences

4.0 Implications pour le dialogue social

4.1 Comment résoudre les défis de la mobilité ?

Les défis liés à la mobilité des travailleurs représentent plusieurs domaines d'action possibles pour les partenaires sociaux en Europe. Historiquement, les accords bilatéraux ont été appliqués pour contrôler et régir les niveaux de mobilité dans le secteur hospitalier. De plus, des méthodes de définition des délais de résidence des travailleurs et de plafonnement du niveau de recrutement des pays européens peuvent être suggérées pour résoudre certains défis liés à la mobilité. Cependant, la libre circulation des travailleurs reste l'objectif central de l'Union Européenne et est activement encouragée par la Commission et les législateurs nationaux via des initiatives tels que EURES et l'Année européenne de la mobilité. Par conséquent, des questions morales et éthiques ont été soulevées dans le dialogue social pour essayer de limiter le niveau de mobilité dans le secteur hospitalier en Europe.

Ainsi, comme il est impossible d'enrayer la migration dans l'UE, il devient de plus en plus important de garantir que les travailleurs mobiles sont traités équitablement dans leurs pays de destination et qu'un support adéquat est fourni à ceux qui emploient du personnel recruté internationalement et au personnel lui-même.

Au cours des dernières années, divers rapports ont indiqué un ensemble d'actions pouvant résoudre les problèmes liés à de hauts niveaux de mobilité dans le secteur. Le Tableau 4.1 fournit des exemples de développements de politiques qui peuvent être effectués ; certaines suggestions sont abordées plus en détail dans ce chapitre.

Tableau 4.1 : Actions possibles pour répondre aux problèmes de migration dans le secteur hospitalier

Niveau	Caractéristiques / Exemples
<i>Organisationnel</i>	
Jumelage	Les hôpitaux des pays source et cible développent des liens, basés sur les échanges de personnel, le support du personnel et les flux de ressources vers le pays source.
Échange de personnel	Migration temporaire structurée du personnel vers une autre organisation, basée sur les opportunités d'évolution professionnelle et de développement personnel/développement organisationnel.
Support éducatif	Éducateurs et/ou ressources pédagogiques et/ou financements de la migration temporaire de la destination à l'organisation source.
Accord bilatéral	Les employeurs du pays de destination concluent un accord avec les employeurs ou éducateurs du pays source pour contribuer à, ou assumer les coûts de formation du personnel supplémentaire ou recruter du personnel pour une période donnée, en relation avec la formation et le développement avant de retourner au pays source.
<i>National</i>	
Accord bilatéral intergouvernemental	Le pays de destination conclut un accord avec le pays source pour assumer les coûts de formation du personnel supplémentaire ou recruter du personnel pour une période donnée, en relation avec la formation et le développement avant de retourner au pays source, ou recruter un surplus de personnel dans le pays source.

Niveau	Caractéristiques / Exemples
Code de recrutement éthique	Le pays de destination met en place un code qui définit des restrictions aux employeurs – destiné aux pays source, et/ou durée de séjour. Les questions de couverture, contenu et conformité doivent toutes être claires et explicites.
Indemnisation	Thème très abordé mais peu de preuves en pratique : le pays de destination verse une indemnisation (en espèces ou autres ressources) au pays source. Éventuellement un type d'échelle mobile d'indemnisation en fonction de la durée du séjour et/ou des coûts de formation ou des coûts d'emploi dans le pays de destination ; négociation possible via une agence internationale ?
Migration gérée (peut également être régionale)	Le pays (ou la région) avec un exode de personnel développe un programme pour enrayer la migration non planifiée, en essayant en partie de réduire l'impact des facteurs de poussée, en soutenant en partie d'autres interventions organisationnelles ou régionales qui encouragent la migration planifiée.
Formation à l'export (peut être un sous-ensemble de la migration gérée)	Le gouvernement ou secteur privé peut prendre une décision explicite de développer une infrastructure de formation pour former les professionnels de la santé au marché des exportations afin de générer des remises ou des frais prélevés à l'acquisition.
<i>International</i>	
Code international	Comme mentionné ci-dessus, mais couvrant un ensemble de pays ; son importance dépendra du contenu, de la couverture et de la conformité. Le code du Commonwealth est un exemple.
Accords multilatéraux	Similaires aux accords bilatéraux (ci-dessus), mais couvrant un ensemble de pays (UE ?). Rôle de négociation/contrôle possible pour l'agence internationale.

Buchan and Dovlo (2004), in Human Resources for Health in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies series, 2006

4.2 Actions pour les pays de « destination »

4.2.1 Pratiques de recrutement éthiques

Comme abordé au point 3.1 du présent rapport, le recrutement international peut perturber fortement les systèmes de santé dans les pays en développement qui ne peuvent pas se permettre de perdre le peu de personnel existant. Alors que la migration peut ne pas être un problème majeur pour tous les pays de l'UE/EEE, tous les pays doivent quand même appliquer des méthodes de recrutement éthiques. L'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution (57.19) qui invite les États membres à « développer des stratégies pour limiter les effets indésirables de la migration du personnel de la santé et minimiser son impact négatif sur les systèmes de la santé ». En général, cette résolution appelait les pays à adopter des codes de pratique éthiques de recrutement. Au Royaume-Uni, le ministère de la Santé publique a développé un code de pratique éthique, celui-ci est décrit en détail au point 4.2.1.1 ci-après. Les partenaires sociaux peuvent prendre des mesures pour favoriser le développement et l'application de principes éthiques de recrutement dans leurs propres États membres. De plus, il est possible de développer une législation européenne qui intégrerait la libre circulation des États membres et la migration en Europe des pays tiers.

La résolution de l'assemblée mondiale de la santé en appelle également au développement d'accords intergouvernementaux pour gérer le recrutement du personnel de santé

international. Cet appel a été soutenu par de nombreux experts dans le domaine, comme indiqué dans le tableau ci-dessus, ainsi que par de nombreux gouvernements européens (pour de plus amples informations sur l'accord entre le Royaume-Uni et l'Espagne, cf. point 2.2.1). Cette idéologie comprend la possibilité pour ceux qui participent à la migration via des accords bilatéraux de pouvoir « donner quelque chose en retour » à leur pays d'accueil, en étant plus expérimentés ou plus formés, par exemple. Comme noté dans ce rapport, il est difficile de réguler le niveau de mobilité entre les États membres mais les accords entre gouvernements offrent des possibilités de mieux gérer la migration entre les pays tiers et l'Europe. Les partenaires sociaux peuvent jouer potentiellement un rôle d'influence dans l'établissement et le développement d'accords entre les États membres de l'UE et les pays tiers.

Enfin, il est important que les partenaires sociaux jouent un rôle dans le contrôle des actions des agences de recrutement et le secteur de la santé indépendant. Les codes de pratique actuels sur le recrutement éthique ne sont pas obligatoires pour le secteur public bien qu'ils soient généralement encouragés ; mais les agences et les recruteurs du secteur indépendant ne sont pas soumis à la même pression.

4.2.1.1 *Exemple : Principes éthiques de recrutement international du ministère de la Santé publique*

En 2004, le ministère de la Santé publique britannique a lancé un code de bonne pratique révisé pour régir le recrutement international au Royaume-Uni. Comme noté dans l'introduction du document, « [le code de bonne pratique] est basé sur le principe que le recrutement international de professionnels de la santé ne doit pas porter préjudice aux systèmes de santé des pays en développement. Par conséquent, un composant-clé du code de bonne pratique consiste à interdire le recrutement actif des professionnels de la santé des pays en développement, sauf s'il existe des accords intergouvernementaux pour soutenir les activités de recrutement ».

Le code fonctionne selon sept principes directeurs qui, tout en mettant l'accent sur le rôle que le personnel international peut jouer dans le service de la santé britannique, garantissent que le recrutement a lieu de manière loyale et n'appauvrit pas les ressources en personnel des pays qui manquent déjà de personnel. Une liste des pays où le recrutement n'est pas conseillé, ainsi qu'une aide du ministère britannique du Développement international, est disponible au public sur le site Web du ministère britannique de la Santé publique. Les principes mentionnent que les recrues internationales doivent avoir de bonnes connaissances de l'anglais et un niveau de formation comparable à celui fourni au Royaume-Uni, mais souligne également le fait que les employés internationaux doivent être protégés par la même loi sur l'emploi qui régit les ressortissants britanniques et que les professionnels internationaux doivent avoir les mêmes opportunités de formation et de développement. Ces principes ont été traduits en repères de bonne pratique.

Alors que le code n'a aucun caractère législatif ou obligatoire au Royaume-Uni, il est fortement recommandé à tous les employeurs, publics et indépendants, d'adhérer à tous les repères définis dans le code, et celui-ci s'applique également aux agences de recrutement et aux agences d'emplois temporaires/intérimaires. Le personnel de la santé, quel que soit son statut de contrat ou niveau d'expérience, doit être inclus dans les conditions générales, même si le code ne s'étend pas au secteur de la santé indépendant. Le code a reçu le soutien des employeurs NHS qui ont pris des mesures pour donner des conseils sur le code et les repères aux trusts NHS.

4.2.2 Soutien des employeurs de personnel recruté internationalement

NHS Employers, l'organisation des employeurs du secteur hospitalier au Royaume-Uni, a développé un programme de soutien pour les employeurs hospitaliers qui envisagent de recourir au recrutement international. Le programme inclut l'offre de conseils en matière de recrutement éthique, d'applications de permis de travail, de problèmes d'inscription, de services de recrues et de négociation avec les organismes réglementaires. De plus, l'organisation a facilité les réseaux de recrutement international pour les employeurs. Le programme a pour but de garantir que le recrutement est effectué de manière correcte et responsable, pour qu'il s'agisse d'une bonne expérience pour l'employeur et l'employé. L'accent est mis sur des programmes d'initiation complets et la poursuite du développement professionnel pour l'ensemble du personnel recruté internationalement. De manière similaire, le RCN a développé un guide de code de bonne pratique pour les employeurs de la santé à utiliser lors du recrutement international d'infirmiers.

Cette approche peut être adressée aux autres partenaires sociaux du secteur hospitalier en Europe. En garantissant que les employeurs ont connaissance des problèmes législatifs et autres considérations éthiques, le premier obstacle dans la relation de bonnes pratiques de recrutement international peut être surmonté. Les autres défis auxquels sont confrontés les employeurs incluent la garantie que le personnel recruté internationalement ait le même accès au soutien des syndicats. Au Royaume-Uni, le pourcentage de syndiqués indique que la plus grande partie du personnel NHS, au niveau national ou international, est syndiquée, mais ce n'est pas forcément le cas dans les autres États membres. Les partenaires sociaux doivent collaborer pour garantir que le personnel international a droit à une égalité de traitement avec le personnel « national », en termes d'affiliation, de salaire, d'évolution professionnelle, de développement et de conditions générales.

4.2.3 Soutien offert au personnel recruté internationalement

Les problèmes mentionnés au point 3.2 montrent que le personnel hospitalier recruté internationalement est confronté à de nombreuses difficultés à leur arrivée dans les pays de destination. Une formation d'adaptation appropriée et approfondie peut fortement influencer l'expérience d'un infirmier recruté internationalement dans un nouveau pays, et les syndicats et les employeurs doivent collaborer pour garantir qu'un soutien est offert au personnel recruté internationalement à leur arrivée et pendant la durée de leur emploi. Afin de répondre aux problèmes tels que le harcèlement et la discrimination sur le lieu de travail, une approche commune est nécessaire et peut inclure une adaptation pour le personnel « national » qui va travailler avec le personnel recruté internationalement.

Au Royaume-Uni du moins, la plupart des infirmiers recrutés internationalement sont représentés par un syndicat ; mais il doit être expliqué clairement au personnel ce que cette représentation signifie et comment ils peuvent accéder au soutien dont ils ont besoin.

4.2.4 Développement et rétention du personnel « national »

Afin d'éviter tout besoin de recrutement à l'étranger pour répondre aux écarts de compétences qui sont apparus suite au non-maintien en poste du personnel et au manque de nouveaux arrivants, il est important que les agences nationales recherchent des moyens d'attirer davantage de personnes à une formation de professionnels hospitaliers et essaient également de découvrir des moyens de rendre les professions plus attrayantes pour retenir le personnel.

Les partenaires sociaux peuvent participer activement au développement de politiques encourageant le recrutement et la rétention dans le secteur. Des tentatives actives visant à encourager le personnel qui ne suit pas un programme de « retour au travail » via une nouvelle formation et une amélioration des compétences ; le recrutement ciblé des groupes

défavorisés ; et le développement des programmes de travail flexible peuvent tous contribuer à augmenter le niveau de personnel « du pays » dans le secteur hospitalier.

4.2.4.1 *Exemple : Initiative visant à améliorer les conditions de travail*

Le ministère de la Santé publique britannique a développé l'initiative visant à améliorer les conditions de travail (*Improving Working Lives*) dans le but d'aider les organisations NHS à développer des pratiques RH exemplaires, d'augmenter la participation du personnel et d'améliorer ainsi le recrutement et la rétention du personnel. Le plan NHS a introduit la norme qui définissait clairement que tous les membres du personnel du secteur NHS avaient le droit de travailler dans une organisation pouvant montrer son engagement envers des conditions de travail plus flexibles, ce qui offre un meilleur contrôle du personnel sur ses heures de travail. La norme exige également des employeurs NHS de prouver qu'ils investissent pour améliorer la diversité et s'attaquer à la discrimination et au harcèlement. L'initiative visant à améliorer les conditions de travail a pour but de soutenir les changements culturels organisationnels pour intégrer des bonnes pratiques RH au cœur de l'offre de services. Les organisations NHS devaient obtenir l'homologation par rapport à la norme d'ici avril 2003.

4.2.5 Reconnaissance des qualifications

Comme mentionné, il existe de nombreux professionnels bien formés qui s'efforcent de faire reconnaître leurs qualifications en Europe malgré les directives appliquées par la Commission européenne. Les partenaires sociaux européens peuvent collaborer pour soutenir la reconnaissance de ces qualifications acquises au niveau pré-universitaire dans la directive UE. Cependant, il s'agit d'un problème qui a soulevé de grands débats parmi certains partis qui ont l'impression que ceci pourrait avoir des implications potentielles pour les soins prodigués aux patients et les employeurs. Par conséquent, une approche plus appropriée serait pour les partenaires sociaux de débattre sur ce sujet au niveau UE afin d'identifier les meilleurs moyens d'avancer. Parallèlement, la coopération est vitale pour aider les travailleurs hospitaliers, dans le secteur indépendant en particulier, à obtenir un emploi dans des postes pour lesquels ils sont qualifiés.

4.3 Actions pour les pays « source »

4.3.1 Équité salariale

La plupart des pays de destination ont besoin de développer des stratégies pour retenir le personnel « national » et former de nouveaux professionnels hospitaliers, les pays source ont également besoin de répondre aux problèmes qui incitent à la migration de leur personnel. Retirer les mesures d'incitation à la migration économique via le développement de stratégies en matière d'équité salariale pour les femmes, par exemple, et développer des salaires plus compétitifs, devraient contribuer à améliorer la rétention du personnel.

Mais, l'effet de la mobilité sur les salaires en Europe, dans les pays source et destinataire, a fait l'objet d'un contentieux. Certains commentateurs prévoient que la concurrence se développera en Europe sur la base salariale –les pays avec les échelles de rémunération les plus élevées arriveront plus facilement à attirer les spécialistes, tandis que ceux avec des échelles de rémunération basses perdront ces spécialistes. Si les pays à bas salaires souhaitent garder leurs spécialistes, ils devront alors payer le « taux du marché actuel », qui

seront les échelles de salaires les plus élevées dans l'Union Européenne¹. Les craintes portent sur la capacité à maintenir de bons taux de salaires nationaux dans les pays important des travailleurs des zones avec des niveaux de vie plus faibles.

Les partenaires sociaux peuvent jouer un rôle dans les négociations relatives au salaire et aux conditions générales dans les pays « source » traditionnels. Lorsqu'il n'est pas possible pour les pays de faire concurrence aux échelles de rémunération européennes les plus élevées, les employeurs doivent rechercher des moyens innovants de retenir le personnel.

4.3.2 Exemple : Formation avant le départ au Sri Lanka^{II}

En dehors de la sphère spécifique du secteur hospitalier, le Sri Lanka offre un bon exemple de la manière dont il est possible d'aider les travailleurs migrants à se préparer à accepter un emploi à l'extérieur de leur propre pays. Depuis 1996, une formation avant le départ est obligatoire pour tous les Sri Lankais partant travailler à l'étranger. Le bureau sri lankais de l'emploi à l'étranger (*Sri Lankan Bureau of Foreign Employment - SLBFE*) offre une formation avec des frais de résidence gratuits pour tous les participants et la formation dure entre 12 et 21 jours en fonction du pays de destination. Le programme de formation inclut un cours sur la gestion financière, les problèmes de santé, le développement de la personnalité, les conseils, les capacités d'adaptation culturelles, les connaissances linguistiques de base, les arrangements avec la famille et la gestion du domicile.

Le *Migrant Service Centre* qui est affilié à la *All Ceylon Federation of Free Trade Unions* fournit des informations aux travailleurs migrants prospectifs pour les préparer à la migration et les informer des pratiques illégales et autres problèmes auxquels ils peuvent être confrontés. Le centre fournit des informations sur le statut de la santé, les exigences d'âge et la certification médicale des besoins, les passeports et visas nécessaires, les billets d'avion et l'inscription au SLBFE.

4.4 Meilleure collecte des données

Le principal problème avec le contrôle de la migration dans le secteur et le développement ultérieur de politiques dans ce domaine est le manque d'informations comparables disponibles au sein de l'UE. La section 1.2.1 de ce rapport souligne les difficultés associées aux données qui sont actuellement disponibles et de nombreuses exigent une meilleure collecte des données pour progresser.

Une étude menée au nom de l'OMS, du conseil international des infirmiers (*International Council of Nurses*) et du collège royal des infirmiers (*Royal College of Nurses*) au Royaume-Uni a défini les paramètres pour les données qui soutiendraient le plus une analyse des politiques et le développement de la migration des infirmiers. Le Tableau 4.2 souligne cet aspect en détail ci-dessous. Les actions utiles de la part des partenaires sociaux dans ce domaine consisteraient à soutenir une meilleure collecte des données, plus complète, dans toute l'Europe, en fournissant une source d'informations comparables pour les analystes.

^I Philip Berman, Mobility of Health Professionals conference paper, Décembre 2001

^{II} Nimalka Fernando, Covenor of the Sri Lankan National Campaign for the Rights of Migrant Workers, dans *An information guide: preventing discrimination, exploitation and abuse of women workers*, OIT, 2003. Taken from *An introductory guide to international migration in the health sector for workers and trade unionists*, PSI, 2003.

Tableau 4.2 : Données supplémentaires nécessaires au sein de l'U.E.

Analyse	Données nécessaires		
	Minimum	Supplément	Attitudes
Entrées ou sorties	Nombre de personnes quittant le pays (par destination)	Lieu de travail des infirmiers quittant le pays	Raisons du départ du pays ; ou
	Nombre de personnes entrant dans le pays (par source)	Année de première qualification comme infirmier	Raisons de la venue dans le pays
	Qualifications		
	Sexe		
	Race ou ethnie		
	Âge		
Stock	Nbre total d'infirmiers	Répartition géographique des infirmiers	Plans de carrière
	Nbre de personnes travaillant dans les soins infirmiers	Nbre d'infirmiers par lieu de travail	Évolution de carrière
	Qualifications	Durée de séjour	Problèmes d'adaptation culturelle
	Sexe	Nbre d'infirmiers qualifiés travaillant en tant que personnel de la santé non qualifié	Satisfaction concernant l'emploi
	Race ou ethnie		
	Âge		

Buchan & Sochalski, Migration of nurses: trends and policies. Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé, août 2004 82(8), avec ajouts de l'auteur

4.5 Conclusions

Tandis que certaines solutions vers un niveau de migration toujours croissant dans le secteur hospitalier proposent de limiter les niveaux de migration par l'imposition de limites de mobilité via des plafonds d'admission, ces politiques sont des violations aux droits des citoyens européens de circuler librement en Europe. Parallèlement, il est utile de considérer que les aspects des politiques de recrutement éthiques appliquées pour les citoyens des pays tiers peuvent être appliqués eu égard à l'UE-10.

Comme il est de plus en plus difficile d'entraver la circulation et la mobilité dans le secteur, il est important que la mobilité et le recrutement international soient traités de manière efficace. Le partenariat et la collaboration entre employeurs, représentants des employés et acteurs au niveau national, européen et international, peuvent conduire à un protocole commun sur le recrutement international qui pourrait aider à répondre aux politiques de recrutement agressives et à générer une expérience positive pour tous les participants.



Annexe 1

Présentation des données de migration des pays
sélectionnés

Pays	Infirmiers	Médecins
Belgique	Pas d'informations disponibles	<p><u>Médecins étrangers</u> Les données de l'enquête sur la population active de 2001 montrent que la Belgique compte 7,77 % de médecins non belges. Parmi eux, 28 % étaient danois, avec un grand pourcentage du reste provenant également des pays européens.</p>
Danemark	Pas d'informations disponibles	<p><u>Médecins étrangers</u> Sur le nombre total de médecins au Danemark, 7,79 % n'étaient pas danois conformément aux données de l'enquête sur la population active de 2001. Parmi eux, 50 % étaient norvégiens. Parmi les autres nationalités enregistrées, on comptait principalement des européens, avec une grande majorité provenant de l'Espagne et de l'Allemagne. Un petit pourcentage de médecins étrangers (5,2 %) venaient des États-Unis.</p>
Estonie	<p><u>Pénuries de personnel infirmier</u> L'Estonie a enregistré une pénurie d'infirmiers.</p> <p><u>Infirmiers étrangers</u> Aucun infirmier étranger n'a été enregistré en Estonie pour la période 2001-2005.</p> <p><u>Migration des infirmiers</u> Dans la deuxième moitié de 2004, 115 certificats de conformité ont été remis à des infirmiers estoniens pour qu'ils puissent travailler à l'étranger. Ce chiffre est tombé à 52 dans la première moitié de 2005, et on peut penser que cela est le résultat d'un nouvel accord sur les salaires qui a été adopté en janvier 2005. Alors que le nombre de certificats remis aux infirmiers et aux médecins était égal à 3 % du personnel médical total, les autorités estoniennes ont noté que 32 % des infirmiers en possession d'un certificat continuent de travailler en Estonie. La Finlande est la principale destination des infirmiers estoniens, devant la Suède, le Royaume-Uni, la Norvège et l'Irlande.</p>	<p><u>Pénuries de médecins</u> On observe une pénurie de certains médecins spécialistes, notamment des anesthésistes, psychiatres, pathologistes et gynécologues.</p> <p><u>Médecins étrangers</u> Pour la période 2001-2005, l'Estonie a enregistré 17 médecins des pays européens et 7 des pays tiers. Quatre venaient de Russie et quatre de Finlande, et les autres venaient d'Allemagne, de la Biélorussie, de Lettonie et de Jordanie.</p> <p><u>Migration des médecins</u> Entre les mois de mai et décembre 2004, 271 certificats ont été remis aux médecins estoniens pour qu'ils puissent travailler à l'étranger. Ce chiffre a fortement diminué au début 2005 pour atteindre 108 certificats, et on pense également que c'est dû à l'accord sur les salaires conclu en janvier 2005. 47 % des médecins à avoir reçu le certificat continuent de travailler en Estonie, bien que certains médecins continuent à résider en Estonie pendant la semaine et se déplacent dans d'autres pays pour pratiquer la médecine le week-end. La Finlande est la principale destination des médecins, devant le Royaume-Uni, la Suède, l'Allemagne et la Norvège.</p>

Pays	Infirmiers	Médecins
Hongrie	<p><u>Pénuries de personnel infirmier</u> La Hongrie connaît une pénurie générale d'infirmiers bien que certaines régions, comme celles de l'Est et du Nord, connaissent des niveaux satisfaisants.</p> <p><u>Infirmiers étrangers</u> Dans la période 2001-2005, seulement 20 infirmiers ayant suivi une formation dans un autre pays européen ont été inscrits en Hongrie. Presque tous (19) venaient de Slovaquie, et une de Suède. Mais, durant la même période, 800 infirmiers diplômés venaient de Roumanie (environ 750), Serbie et Ukraine. Mais, la plupart d'entre eux venaient des minorités hongroises de ces pays et avaient ainsi un lien avec le pays.</p> <p><u>Migration des infirmiers</u> Environ 250 infirmiers ont demandé des certificats de conformité aux autorités hongroises entre mai 2004 et juillet 2005. Les principales destinations de ces infirmiers étaient le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Suède et l'Autriche.</p>	<p><u>Pénuries de spécialistes</u> Il existe certaines préoccupations concernant la durabilité du système de la santé hongrois en raison d'un manque de personnel, en particulier des pénuries régionales de spécialistes. Il existe un nombre croissant de diplômés en médecine qui ne passent jamais à la pratique clinique.</p> <p><u>Médecins étrangers</u> Entre 2001 et 2005, 562 médecins étrangers ont été inscrits en Hongrie. Seulement 44 venaient des États membres de l'UE, la majorité d'entre eux (29) venaient de Slovaquie. Les autres pays fournisseurs de l'UE incluaient l'Allemagne, la Pologne, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède. Les autres incluaient des citoyens de l'ex-Yougoslavie, de la Roumanie et de l'Ukraine.</p> <p><u>Migration des médecins</u> De l'adhésion en mai 2004 à juillet 2005, environ 1 000 médecins hongrois ont demandé des certificats de conformité pour pratiquer à l'étranger. Comme pour les infirmiers, les principales destinations étaient le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Suède et l'Autriche.</p>
Irlande	Cf. section 1.2.2 pour plus d'informations	<p><u>Médecins étrangers</u> Les données de l'enquête sur la population active pour l'Irlande montrent qu'un grand pourcentage de médecins (8,91 %) n'étaient pas de nationalité irlandaise. La majeure partie d'entre eux venaient du Royaume-Uni.</p>
Italie	<p><u>Pénuries de personnel infirmier</u> Avec 200 000 infirmiers dans le pays, l'Italie connaît une pénurie de personnel infirmier d'environ 20 %. Le problème est à son apogée dans les régions du Nord et du Centre de l'Italie.</p> <p><u>Infirmiers étrangers</u> Entre 2002 et 2005, le nombre d'infirmiers étrangers travaillant dans des hôpitaux publics, est passé de 2 612 à 6 730. Sept infirmiers sur dix proviennent de pays européens</p>	<p><u>Surplus de médecins</u> Actuellement l'Italie connaît un surplus général de médecins hospitaliers, avec 1 médecin pour 172 habitants. Mais, il existe des pénuries dans les spécialités comme l'anesthésie et la radiologie.</p>

Pays	Infirmiers	Médecins
	<p>(avec la majorité d'entre eux venant de Pologne ou de Roumanie). Il y a également eu une augmentation d'infirmiers d'Asie (de 4 à 12,2 %) mais le nombre d'infirmiers africains a diminué. En tout, le nombre d'infirmiers non européens s'élève à 4 741.</p>	

<p>Pol og ne</p>	<p><u>Pénuries de personnel infirmier</u> La Pologne a enregistré une pénurie importante d'infirmiers.</p> <p><u>Migration des infirmiers</u> 2 830 infirmiers polonais ont reçu des certificats de reconnaissance pour travailler à l'étranger, ce qui correspond à 1,07 % de tous les infirmiers en Pologne.</p>	<p><u>Pénuries de médecins</u> Aucune pénurie de médecins n'a été signalée en Pologne. Mais, à la fin des années 90 et au début de l'année 2000, la Pologne a connu une baisse du nombre de médecins et d'infirmiers.</p> <p><u>Médecins étrangers</u> En 2004-2005, seulement 13 médecins formés non polonais se sont inscrits en Pologne. Parmi eux, 7 étaient des citoyens polonais qui avaient été formés à l'étranger. Les autres venaient d'Allemagne (2), de Lituanie, d'Autriche, des Pays-Bas et de la Suède.</p> <p><u>Migration des médecins</u> Depuis l'adhésion, plus de 2 500 certificats ont été remis à des médecins polonais pour qu'ils puissent pratiquer à l'étranger, ce qui correspond à 2,3 % de tous les médecins en Pologne. En termes de spécialités, le plus grand nombre de certificats a été remis aux anesthésistes, ainsi qu'aux spécialistes en médecine interne et chirurgie générale.</p>
<p>Su ède</p>	<p><u>Infirmiers étrangers</u> Une étude des données d'inscription suédoises en relation avec cinq États membres de l'UE (Belgique, Estonie, Hongrie, Pologne et Royaume-Uni) a montré que jusqu'en 2003, le nombre d'inscriptions d'infirmiers des pays concernés a été traditionnellement faible, avec aucune inscription de l'UE-10. Mais, en 2004, il y a eu une importante augmentation de ces inscriptions, avec 175 infirmiers de Pologne, 57 de Hongrie et 19 d'Estonie qui se sont inscrits et ont pris résidence.</p>	<p><u>Médecins étrangers</u> La même étude a montré que sur une base annuelle, il y a eu une augmentation des demandes d'inscription à l'étranger entre 1999 et 2004. Sur les cinq pays, le Royaume-Uni a été le premier fournisseur de médecins en Suède. Mais, en 2004, 15 médecins d'Estonie se sont inscrits et ont pris résidence en Suède, c'était la première fois que le pays recrutait en Estonie. Les inscriptions de la Hongrie et de la Pologne sont restées très faibles.</p>
<p>Sui sse</p>	<p><u>Infirmiers étrangers</u> Selon les données de l'enquête sur la population active pour 2001, la Suisse a un très haut niveau d'infirmiers étrangers (23,11 %). Parmi eux, la majorité (22,5 %) sont originaires d'Allemagne et 14 % de Bosnie Herzégovine. Comparé aux autres membres de l'EEE, le personnel étranger en Suisse provient beaucoup plus de l'EEE que les autres pays qui sont essentiellement fournis par des pays tiers.</p>	<p>Pas d'informations disponibles</p>

Ro ya um e- Uni	<p><u>Postes vacants</u> À l'aide des données sur les postes de personne infirmier qui sont restés vacants pendant plus de trois mois, le nombre de postes d'infirmiers vacants a diminué de moitié entre 2000 et 2005. Dans certaines spécialités de soins infirmiers, les postes vacants étaient plus nombreux que les autres.</p> <p><u>Infirmiers étrangers</u> Les données de l'enquête sur la population active semblent contredire celles du registre national britannique des infirmiers et des obstétriciens. Selon les données de l'enquête sur la population active, seulement 8,34 % des infirmiers n'étaient pas des ressortissants britanniques en 2001, et le plus grand nombre d'infirmiers étrangers était des irlandais (30,5 %). Mais, les données du registre britannique des infirmiers et des obstétriciens de 2001 montre que les admissions au registre ont été beaucoup plus élevées pour les pays non UE que les pays EEE, notamment l'Irlande. Mais, il doit être pris en considération le fait que les données du registre ne prennent pas en compte les infirmiers déjà inscrits au Royaume-Uni, et il pourrait alors y avoir un grand nombre d'infirmiers irlandais pratiquant déjà au Royaume-Uni. Comme indiqué dans le rapport, les données du registre ont certains inconvénients en termes d'exactitude et il est difficile de tirer une conclusion à partir des sources existantes.</p> <p><u>Migration des infirmiers</u> Il y a eu une augmentation générale des demandes de vérification pour les infirmiers britanniques entre 2000 et 2003 qui a depuis atteint un plateau. L'Australie est le seul pays à avoir connu une augmentation constante des demandes de vérification sur une période de cinq ans. Selon les statistiques du registre britannique des infirmiers et des obstétriciens, la majorité des infirmiers britanniques diplômés vivant à l'étranger sont situés en Australie, Irlande, Afrique du Sud et aux États-Unis.</p>	<p><u>Postes vacants</u> Généralement, il y a eu une baisse du nombre de postes vacants pour les médecins hospitaliers au Royaume-Uni entre 2004 et 2005. Mais, certaines spécialités comme la médecine d'urgence ont un nombre plus élevé de postes vacants (9 % en 2005) que les autres, comme la chirurgie dont le pourcentage était de 1,1 % la même année.</p> <p><u>Médecins étrangers</u> Selon les données de l'enquête sur la population active, sur tous les médecins britanniques, 12,6 % n'étaient pas de nationalité britannique. Parmi eux, la majeure partie (23,3 %) venait du continent africain, puis de l'Inde et de l'Irlande.</p> <p>Les données d'enregistrement GMC ont été analysées pour l'étude du groupe de travail européen sur la mobilité dans les six États membres. Pour les pays participants, le niveau d'inscription au Royaume-Uni est resté à peu près constant jusqu'en 2004, lorsqu'il y a eu une forte augmentation des demandes des nouveaux États membres et en particulier de la Pologne. Les candidatures sont passées de 19 en 2003 à 140 en 2004. Mais, ce nombre est tombé à 104 en 2005. De plus, les données montrent que les candidatures de la Suède ont augmenté de plus de moitié entre 2004 et 2005, de 46 inscriptions à 104. Les candidatures d'Estonie et de Hongrie restent relativement faibles.</p> <p>Les données GMC ont montré que 14 736 médecins se sont inscrits pour la première fois en 2004. Sur ce total, 10 005 étaient d'origine étrangère avec le plus grand nombre (3 644) venant d'Inde, environ 1 000 d'entre eux étaient pakistanais et plus 700 étaient de nationalité allemande.</p>
-----------------------------	--	---

