

UNIVERSITE DE
NEUCHATEL

•
INSTITUT DE GEOGRAPHIE

•
Espace Louis–Agassiz 1
CH – 2001 Neuchâtel

Clémence Merçay

L'immigration des infirmières en Suisse

Le recrutement dans le milieu
hospitalier de 1970 à nos jours



MEMOIRE DE LICENCE

Sous la direction du Prof.

ETIENNE PIGUET

▪Septembre 2006 ▪

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes parents de m'avoir permis de suivre ces études. Pour ce travail, je remercie particulièrement mon père pour ses corrections minutieuses, ainsi que ma mère pour ses commentaires avisés.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues de salle de cartographie et de cafétéria, lesquels ont rendu le travail plus agréable : Aude, Claudio, Evelyne, Jérôme, Sam, etc.

Et mes remerciements vont enfin à mon directeur de mémoire, Etienne Piguet, à Raffaele, ainsi qu'à toutes les personnes interrogées, parfois même quelque peu harcelées pour ce mémoire. Les employeurs, les conseillers des agences de placement, les autorités cantonales, etc. Je salue au passage les employés de l'OFS, qui m'ont toujours fourni les statistiques demandées dans des délais défiant toute concurrence.

Résumé

De longue date, il est fait état d'une pénurie de personnel infirmier en Suisse comme dans de nombreux autres pays à travers le monde. Pour pallier à ce manque, il est communément fait recours à du personnel étranger.

Cette recherche se focalise sur le phénomène de l'immigration du personnel infirmier dans les hôpitaux de Suisse romande. Pour comprendre l'importance du personnel étranger ainsi que sa composition nationale, trois éléments sont passés en revue, lesquels interviennent sur les pratiques de recrutement : l'intensité de la pénurie, le rôle des agences de placement ainsi que les contraintes légales.

Par le passé, de fortes pénuries se sont effectivement produites. De nombreux hôpitaux ont alors du faire appel aux services d'agences de placement privées ou créés pour l'occasion. Face aux restrictions imposées par les quotas et concernant la provenance des infirmières, il apparaît que les hôpitaux ont pu bénéficier de facilitations pour faire venir du personnel étranger.

De nos jours, la situation est bien différente. La libre circulation au sein de l'Europe a levé de nombreuses barrières légales et la plupart des hôpitaux reçoivent plus de postulations qu'ils n'ont de postes à pourvoir. Il n'est donc fait recours aux agences de placement que pour trouver des infirmières temporaires. La situation de pénurie s'est par contre déplacée vers les établissements pour personnes âgées pour lesquels un recrutement actif à l'étranger semble fréquemment nécessaire.

Table des matières

Résumé	3
Table des matières	4
Table des illustrations	6
PARTIE 1	7
Problématique.....	7
1.1. Introduction	8
1.2. Objet d'étude	8
1.3. Question de départ.....	9
1.4. Survol de la littérature existante.....	9
1.5. Cadre théorique	13
1.6. Hypothèses	18
1.7. Les approches utilisées.....	19
1.8. Méthodologie	20
PARTIE 2	23
Les migrations internationales d'infirmières	23
2.1. L'étude des migration internationales d'infirmières	24
2.2. Caractéristiques des migration internationales d'infirmières.....	25
PARTIE 3	28
Législation	28
3.1. Historique de la politique migratoire de la Suisse.....	29
3.2. Le recrutement international par les agences de placement et de location de services... 30	
3.3. Les exceptions	31
3.4. Effets des bilatérales sur la reconnaissance des diplômes.....	34
PARTIE 4	35

La pénurie d'infirmières.....	35
4.1. Les différentes formes de pénurie	36
4.2. Actuellement, une pléthore de l'offre d'infirmières dans les hôpitaux.....	39
PARTIE 5	42
Les critères de choix du pays de recrutement.....	42
5.1. La langue	43
5.2. La capacité d'adaptation de l'infirmière	44
5.3. La philosophie des soins	45
5.4. La formation.....	45
5.5. La reconnaissance des diplômes	46
5.6. L'offre d'infirmières	48
5.7. La permanence d'une filière de recrutement.....	49
5.8. La proximité	49
PARTIE 6	51
Les agences de placement	51
6.1. Les différentes structures d'agences de recrutement.....	52
6.2. Les fonctions des agences de placement.....	55
PARTIE 7	60
Les pratiques de recrutement.....	60
7.1. Les différentes pratiques de recrutement	61
7.2. Les spatialités du recrutement	64
PARTIE 8	66
Fonctions des infirmières étrangères sur le marché du travail suisse.....	66
8.1. Le rôle structurel	67
8.2. Le rôle conjoncturel	68
8.3. Le rôle dans le travail temporaire.....	69
8.4. La segmentation du marché du travail infirmier	70
PARTIE 9	72
Conclusions	72
9.1. Hypothèse n°1	73
9.2. Hypothèse n°2	74
9.3. Hypothèse N°3	75
9.4. Le cas de la Suisse dans un contexte de migrations internationales des infirmières	76
9.5. Conclusion et perspectives d'avenir.....	77
Bibliographie.....	79
Annexes	83

Table des illustrations

Figure 1 : Principaux axes de mobilité internationale des professionnels de la santé entre les pays de l'ancien "Commonwealth", les Etats-Unis et Cuba.....	27
Tableau 1 : Pays avec lesquels la Suisse a conclu un accord d'échange de stagiaires.....	31
Tableau 2 : Part de personnel infirmier étranger en Suisse (permis B et C).....	36
Tableau 3 : Nombre de reconnaissances de diplômes effectuées par la Croix-Rouge suisse entre 1993 et 2004.....	47
Tableau 4 : Type d'autorisation de séjour des infirmières étrangères travaillant en Suisse entre 1980 et 2000.....	67
Tableau 5 : Répartition des infirmières suisses et étrangères selon le type d'établissement.....	71
Tableau 6 : Provenance des infirmières étrangères (classification de la Banque Mondiale).....	77

Partie 1

Problématique

1.1. INTRODUCTION

Le sujet de mémoire initialement choisi concernait l'immigration des professionnels de la santé en Suisse. Ce thème m'est apparu après avoir été sensibilisée au phénomène de fuite des cerveaux dans certains pays africains. Lors de mes premières recherches, il m'est rapidement apparu que le personnel africain n'était en fait guère présent en Suisse. J'ai aussi observé que la provenance de professionnels de la santé variait considérablement selon qu'il s'agissait de médecins, d'infirmières ou d'aides-soignants. Il me semblait donc important de me limiter à une profession afin de bien en saisir les logiques. Ayant constaté que de longue date il était fait écho d'une pénurie d'infirmières en Suisse et que de surcroît de nombreuses études avaient été faites sur l'immigration des infirmières à travers le monde, mais qu'il existait peu d'informations concernant la Suisse, j'ai choisi d'orienter ma recherche sur cette profession.

1.2. OBJET D'ETUDE

Mon objet d'étude est le personnel infirmier immigré dans sa globalité. Au cours de ce travail, je ferai néanmoins recours à la déclinaison féminine de la profession. Ce choix est justifié par le fait que la profession est restée majoritairement féminine¹. Par ailleurs, il s'agit de la façon de faire usuelle dans la littérature scientifique portant sur ce sujet.

Il faut aussi définir le mot « infirmière », lequel peut recouvrir des statuts fort différents. Il peut s'agir d'une infirmière diplômée en soins généraux ou d'une infirmière spécialisée (en chirurgie, anesthésie, psychiatrie etc.). Ce sont des compétences diverses et par conséquent diversement recherchées qui sont donc concernées. De plus, la formation suisse menant à la profession infirmière a connu de nombreux changements ces dernières décennies, conduisant à des appellations sensiblement différentes (infirmière de niveau I ou II, infirmière en soins généraux, etc.). J'utiliserai cependant le terme générique d'infirmière comme comprenant cette diversité, spécifiant au besoin la spécialité concernée.

Le champ géographique est aussi à préciser. J'ai choisi de me restreindre à la Suisse romande. Ce choix présente l'avantage de conférer à l'objet d'étude une homogénéité linguistique et donc une unité d'analyse qui peut être profitable à la compréhension de certains processus. Je me suis toutefois efforcée d'aussi récolter des informations concernant la Suisse alémanique afin d'obtenir un point de vue de la situation à l'échelle nationale.

Enfin, dans ce travail, je me concentrerai à étudier sur l'étude des hôpitaux. Ce choix permet de se focaliser sur des établissements occupant un nombre plus important d'employés, mettant ainsi en évidence la question de la constitution des effectifs. Ce choix implique aussi de ne traiter que d'institutions publiques dont le mode de financement et l'organisation sont spécifiques. En ne considérant que les seuls hôpitaux, j'entends donc mettre à jour des phénomènes propres à ce type d'établissement. Cependant, ce secteur du marché du travail ne peut être complètement dissocié des autres domaines d'activité des infirmières tels que les établissements pour personnes âgées ou les cliniques privées. Je m'efforcerai donc de considérer l'immigration des infirmières dans les hôpitaux en relation avec celle concernant d'autres institutions.

¹ Le pourcentage de femme (population suisse et étrangère) au sein de la profession est passé de 89,95% à 90,05% entre 1970 et 2000 (OFS, recensements de la population)

1.3. QUESTION DE DEPART

Le questionnement général qui sous-tend cette recherche peut être résumé par la question suivante :

« Comment expliquer l'immigration des infirmières en Suisse ? »

Il s'agit dans un premier temps d'identifier les acteurs intervenant sur l'immigration d'infirmières et de voir de quelles façons leurs pratiques et représentations influencent l'immigration :

« Quelles sont les pratiques de recrutement des employeurs ? »

« Quelles sont les pratiques des agences privées de recrutement ? »

« De quelles façons interviennent les contraintes légales ? »

« Comment ces différents facteurs interagissent-ils les uns sur les autres ? »

Les informations ainsi obtenues devraient permettre de révéler et d'expliquer les caractéristiques propres à l'immigration d'infirmières en Suisse :

La composition nationale du personnel étranger en Suisse

La durée de séjour

Enfin, il s'agira de voir comment se situe la Suisse à l'égard d'autres pays connaissant une émigration ou une immigration d'infirmières, et si sa situation représente un cas à part ou s'inscrit dans une tendance générale :

« Quelle est la position de la Suisse au sein des migrations internationales d'infirmières ? »

1.4. SURVOL DE LA LITTERATURE EXISTANTE

Mes recherches m'ont amenée à identifier deux types de littérature traitant des migrations d'infirmières. Le premier concerne les migrations des compétences, le second traite directement des migrations d'infirmières ou du moins des migrations des professionnels de la santé.

LES MIGRATIONS D'INFIRMIERES ET LE « BRAIN DRAIN »

Le sujet traité ici étant d'actualité dans de nombreux pays, un nombre important de publications ont été produites. Le Conseil international des infirmières (ICN), ainsi que l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ont notamment initié des recherches sur les pénuries d'infirmières et le recours à l'immigration. La Grande-Bretagne, où le manque de personnel infirmier a constitué un sujet de préoccupation considérable, est un pays où plusieurs études ont été menées, notamment par le professeur BUCHAN (2002, 2004, 2005). Une production scientifique a aussi vu le jour au Canada (BAUMANN, BLYTHE, KOLOTYLO & UNDERWOOD : 2004). L'intérêt de ces pays pour la question des migrations d'infirmières peut aussi s'expliquer par le fait qu'une part considérable du personnel immigré provient de pays en voie de développement, lesquels connaissent aussi pour certains de graves pénuries

d'infirmières. Les migrations de personnel infirmier ont donc plutôt été abordées sous l'angle du « brain drain ».

Comme le retrace GIANNOCOLO (2004 : 2), l'expression « brain drain » est apparue dans les années '50 afin de décrire les migrations des scientifiques, ingénieurs ou encore médecins en provenance des pays d'Europe de l'Est vers les Etats-Unis et le Canada. Par la suite, l'expression s'est étendue aux migrations de « cerveaux » en provenance de pays du « Sud ». Concrètement, le concept d'« exode des cerveaux » renvoie à la migration de personnes ayant une éducation tertiaire, des pays les plus pauvres vers des pays les plus riches², migration qui est prolongée, voire permanente (LOWELL & FINDLAY, 2002 : 9). L'expression est connotée négativement, car elle implique l'idée de perte pour le pays d'origine, perte des compétences mais aussi de l'investissement financier qui a permis à l'individu de les acquérir. En focalisant ainsi sur les aspects négatifs de la migration, le concept de « brain drain » est aujourd'hui objet de débat, car des phénomènes tels que les transferts de fonds au pays d'origine sont ainsi occultés. Cela dit, c'est justement en réaction aux problématiques rencontrées par les pays d'origine que les recherches traitant des migrations d'infirmières ont pour la plupart été mandatées. Le recours à l'approche du « brain drain » peut donc en être ainsi légitimé. Il s'est ensuivi de nombreuses propositions politiques, lesquelles ont notamment défini les modalités d'un recrutement dit « éthique ».

Si la théorie du « brain drain » est utilisée pour traiter des conséquences des migrations d'infirmières, c'est l'approche des facteurs push/pull qui est le plus souvent utilisée pour expliquer les causes des migrations d'infirmières (BUCHAN, 2002, ALKIRE & CHEN, 2004). Il s'agit ici de recenser les facteurs répulsifs incitant la personne à quitter son pays d'origine et les facteurs attractifs agissant sur le choix du pays de destination. Ces facteurs relèvent principalement de l'ordre économique, mais aussi politique, social ou encore professionnel. On peut toutefois objecter à l'explication par les facteurs push/pull que si les mouvements se dirigent en général effectivement d'un pays pauvre vers un pays riche, on peut constater que des mouvements similaires ne sont pas observés au départ de pays de même degré de pauvreté (PORTES & BÖRÖCZ, 1989 : 607).

« LA MOBILITE INTERNATIONALE DES COMPETENCES »

Le second courant abordant les migrations d'infirmières est celui, plus général, de la mobilité internationale des compétences. Dans la littérature, majoritairement anglophone, le phénomène est le plus souvent décrit par l'expression globale de « highly skilled migration ». Il est difficile de définir les spécificités de cette expression avec précision, du fait qu'elle est justement apparue afin de rendre compte de la diversité des phénomènes migratoires des personnes hautement qualifiées. Ainsi, les sujets abordés et les phénomènes mis en évidence varient selon les auteurs. On peut cependant dire qu'il existe certains thèmes de prédilection, tels que les mouvements des cadres (FINDLAY, 1990) ou la migration des travailleurs des nouvelles technologies de l'information et de la communication (SALT, 1992).

Au sein de cette littérature, il n'existe pas d'étude exclusivement consacrée à la profession infirmière. J'ai cependant pu constater que certains auteurs tendaient à intégrer les infirmières dans la catégorie des personnes hautement qualifiées (IREDALE, 2001, KANJANAPAN, 1995, SALT, 1992). On peut, parmi ces études citer IREDALE (2001 : 15) qui a mis en avant le rôle de la nature de la profession et de son caractère spécifiquement national ou international pour expliquer les migrations des compétences. Les professions plus anciennes auraient tendance à être soumises à un corps professionnel, lequel protégerait le marché national de l'emploi. Par contre, les professions plus récentes auxquelles une

² Peuvent être entendus ici comme « pays pauvres » et « pays riches » des pays au PIB plus ou moins élevé.

dimension internationale est inhérente (sur le plan de la formation par exemple) permettraient une plus grande mobilité. L'auteur insiste à cette occasion sur l'importance des facteurs politiques. SALT (1992) a pour sa part observé les pratiques de recrutement des employeurs. FINDLAY et LI (1998) ont pour leur part observé le rôle des agents intermédiaires dans la sélection de l'espace migratoire. Tous ces auteurs ont en fait voulu examiner l'influence d'un facteur ou d'un mécanisme sur un panel de professions.

Si les infirmières sont parfois intégrées dans la catégorie des personnels «hautement qualifiés», il est plus rare qu'un intérêt spécifique soit marqué pour cette profession selon cette perspective. Le fait qu'il s'agisse d'une profession typiquement féminine n'est sans doute pas étranger à ce phénomène. En effet, comme le souligne KOFMAN (2000 : 47), l'agenda de la recherche s'est focalisé sur un nombre restreint de professions, occupées principalement par des hommes. C'est par exemple le cas des migrations de cadres liées à l'émergence des multinationales.

LA PERSPECTIVE DU GENRE

Le genre comme caractéristique de la profession

La profession infirmière est dans la plupart des pays l'une des professions les plus marquées par le genre. En Suisse, plus de 90% du personnel est féminin.

ANKER (2001) fait état de trois types de théories pour expliquer d'une part les différences de représentation des hommes et des femmes au sein des différentes occupations et, d'autre part, les différences de traitement, particulièrement s'agissant du salaire, entre les emplois « typiquement féminins » et « typiquement masculins ». Il s'agit de la théorie néo-classique du capital humain, de la théorie institutionnelle de la segmentation du marché du travail et de la théorie socioculturelle de l'explication par le genre. La théorie du capital humain explique la ségrégation comme le résultat de l'éducation, laquelle tend à être plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Dans le cas étudié ici, on dirait alors que la profession infirmière est majoritairement féminine parce que peu d'hommes choisissent ce métier. Il est reproché à cette théorie de ne pas tenir compte des récentes avancées des femmes sur le marché du travail. La théorie de la segmentation du marché du travail avance que les emplois « féminins » tendent à offrir de plus bas salaires en raison d'une surabondance de travailleuses et d'un petit nombre d'emplois. Mais l'auteur note que cette théorie permet plus d'expliquer les inégalités de traitement que les raisons des différences d'occupation. Enfin, issue du courant féministe, l'explication par le genre propose que la position désavantagée de la femme sur le marché du travail est le résultat ainsi que le reflet d'un système patriarcal où la femme a une position subordonnée au sein de la société ainsi que de la famille (2001 : 138). Il en découle que les caractéristiques des emplois « féminins » sont le miroir des stéréotypes associés aux femmes et à leurs supposées capacités (« 2001 : 139). L'auteur relève alors cinq stéréotypes « positifs » dans le sens où ceux-ci favorisent l'emploi de femmes ainsi que cinq stéréotypes « négatifs » affectant l'acceptation de femmes au sein de certaines professions. Les stéréotypes « positifs » incluent la propension de la femme à prendre soin des autres. Selon de nombreux auteurs (ZANFERRARI, 2005, COHEN, 2004) c'est cette image qui colle aux infirmières depuis l'apparition de la profession. Si cette qualité tend souvent à être considérée comme biologiquement déterminée parce que c'est principalement la femme qui prodigue les soins aux enfants dans toutes les sociétés, elle est néanmoins une caractéristique apprise basée sur le genre (ANKER, 2001 : 140). Ainsi, certains stéréotypes peuvent provoquer une attitude discriminante de la part de l'employeur. Par exemple, celui-ci peut avoir l'idée que la femme ne peut superviser d'autres personnes, ou qu'elle a des capacités moindres en sciences ou en mathématiques. Cette théorie permet donc

d'expliquer les différences d'occupation entre les sexes par l'intériorisation de stéréotypes propres à chaque genre. Il est donc expliqué pourquoi d'une part les femmes tendent à choisir des emplois « féminins » et d'autre part pourquoi les employeurs tendent à être réticents à l'emploi de femmes dans des emplois dits « masculins ». Les théories du capital humain et de la segmentation du marché du travail n'en sont pas rejetées, mais selon ANKER, c'est l'approche socioculturelle qui apparaît comme la plus à même d'expliquer les différences d'occupation entre les genres sur le marché du travail.

La question qui oriente ce travail est de savoir comment la demande d'infirmière en Suisse influence les mouvements migratoires. La théorie socioculturelle nous indique que le biais de genre apparaît plutôt au moment du choix de formation. La ségrégation que connaît la profession émanerait donc de l'offre. Ainsi, si l'on peut dire que la demande est orientée sur un genre, dans le sens où elle engendre une migration marquée par un sexe, cela ne signifie pas pour autant que cette demande porte sur le genre. On en conclura que la demande porte sur une profession qui est elle-même marquée par le genre.

Le genre comme caractéristique des migrantes

Il a été établi que de par le fait que la profession est fortement marquée par le genre, les immigrants concernés sont ici principalement des immigrantes. Depuis les années '70, la recherche s'est de plus en plus intéressée aux caractéristiques propres aux femmes migrantes. OSO CASAS (2005) dégage trois étapes dans la recherche portant sur les femmes comme actrices migratoires.

La première phase correspond à une invisibilité de la femme migrante au sein des recherches scientifiques. Cette situation prévaut jusqu'au milieu des années '70. Les approches analytiques qui dominent alors l'étude de mouvements de population sont la perspective néoclassique, laquelle est centrée sur les décisions rationnelles de l'individu et la perspective structuraliste, qui observe les déterminants macro-structurels de la migration. Ces deux approches soulignent le rôle des immigrants comme travailleurs et acteurs économiques. Dans ce contexte, les femmes sont reléguées au second plan, celles-ci étant alors surtout définies par les stéréotypes de la femme inactive et réduite à l'espace privé qui prévalaient alors.

La deuxième phase correspond à la période où le regroupement familial devient dominant dans les flux d'entrée, alors que les frontières se ferment pour les travailleurs étrangers. Ce phénomène donne une visibilité aux femmes migrantes qui ne peuvent plus être occultées. Elles sont cependant réduites au rôle de femmes « regroupées ». En effet, l'immigration est toujours traitée sous l'angle du travail et, la femme n'étant pas considérée comme main-d'œuvre, l'étude de la femme en tant que migrante n'apparaît pas comme pertinente.

Le troisième volet de la recherche sur le couple genre et migration est marqué par la prise en considération du rôle actif de la femme immigrée. La prise en compte de cette réalité est facilitée par l'ouverture de la recherche sur de nouveaux outils d'analyse tels que les réseaux sociaux, les stratégies familiales. Un paradigme naît aussi autour du concept de division internationale du travail, laquelle suppose le développement de courants migratoires féminins en provenance du « Sud » vers le « Nord » afin de répondre à une demande croissante de services couvrant le travail de reproduction sociale³. La recherche s'attelle dès lors à découvrir les déterminants de la migration féminine, ainsi que les effets du processus migratoire sur la femme immigrée.

³ Ce travail de reproduction sociale a été défini par EHRENREICH et HOCHSCHILD (2003) et comprend les activités domestiques et le fait de prodiguer des soins et de l'affection.

1.5. CADRE THEORIQUE

Comme nous le verrons par la suite, les infirmières étrangères travaillant en Suisse proviennent essentiellement de pays européens. Par conséquent, je n'ai pas considéré qu'il était judicieux de produire cette recherche selon une problématique de « brain drain ». Par ailleurs, les recherches concernant la circulation des compétences ne faisant souvent qu'effleurer le cas des infirmières, il n'a pas non plus été possible de reprendre une théorie unique. Pour l'élaboration de mon cadre théorique, j'ai donc procédé à des emprunts à des éléments théoriques jugés les plus pertinents selon les informations fournies lors de mes entretiens exploratoires. Afin de donner un cadre d'organisation aux différents éléments théoriques auxquels je vais faire recours, j'utiliserai l'approche par les canaux migratoires développée par FINDLAY (1998).

L'APPROCHE DES MIGRATIONS PAR LES CANAUX

Ce sont FINDLAY et GARRICK qui ont initié cette approche en 1989. Etudiant les migrations internationales des professionnels britanniques, les auteurs ont observé pendant les années '80 un passage d'une émigration d'établissement à une émigration plus qualifiée et temporaire. Un moyen a alors été cherché permettant de rendre compte des nouveaux types de flux migratoires. Leur approche a consisté à identifier les trois principaux canaux responsables du modelage des migrations temporaires. Le premier canal est celui des marchés internes des compagnies multinationales, les migrations de travailleurs qualifiés suivant les mouvements de capitaux permis par la globalisation de la production. Les deux autres canaux découlent de la croissance économique qui s'est produite dans certains pays du Tiers-monde et du Moyen Orient (notamment les Etats pétroliers), qui a permis de mettre en place des programmes de développement d'infrastructures. Or, en l'absence des compétences nécessaires dans ces pays, ceux-ci se sont vus obligés de passer des contrats internationaux en recourant à des compagnies étrangères, ces dernières faisant alors souvent recours à un personnel par le biais d'agences de recrutement. Dans certains cas, ces gouvernements faisaient aussi directement appel à ces agences de recrutement pour trouver du personnel qualifié. Si les auteurs reconnaissent alors qu'une partie importante des mouvements migratoires qualifiés en Grande-Bretagne répondait à des logiques différentes de celles présentées ci-dessus, ils justifiaient néanmoins l'attention portée à ces trois canaux par leur importance croissante sur le marché du travail britannique.

En 1998, FINDLAY et LI ont repris l'approche des canaux migratoires et l'ont approfondie dans leur recherche sur les professionnels immigrés et émigrés de Hongkong. Les auteurs précisent notamment le concept de canal migratoire et les raisons de la pertinence de son emploi en géographie.

Il est en fait difficile de définir clairement ce qu'est un canal migratoire, étant donné la pluralité des réalités que le terme recouvre. Globalement, on entendra par « canal », un moyen par lequel la migration s'effectue. Pour être plus précis, on peut cependant définir le canal par ce qu'il façonne à défaut de le faire par son essence. Ainsi les auteurs définissent trois niveaux d'intervention des canaux migratoires :

- Canal comme **motivation** de la personne pour migrer
- Canal comme **système d'information** guidant le migrant potentiel dans sa recherche d'emploi,
- Canal comme **mécanisme par lequel la migration est légalement effectuée** d'un pays à un autre.

A travers ces trois types de canaux sont susceptibles d'intervenir une foule d'agents intermédiaires, tels que famille ou connaissances, agences de recrutement, considérations économiques, etc. Ces agents intermédiaires ne fonctionnent pas tous selon les mêmes logiques et sont donc supposés avoir une influence spécifique sur l'acte migratoire. L'approche des canaux tire sa pertinence du fait que chaque canal a un effet sélectif sur qui va migrer ou non et de cette manière structure l'espace migratoire. Findlay et Li l'expriment de la façon suivante :

« Les canaux migratoires opèrent de façon sélective dans le modelage du transfert international des compétences. » (1998 : 682)

« Les canaux ne font pas que refléter l'existence d'un système migratoire mais sont aussi partiellement responsables de la structuration du système. » (1998 :682)

Les auteurs observent aussi que « La profession exercée a une influence significative sur le comportement migratoire du fait de la structure du marché du travail propre à chaque profession » (1998 : 694). Cela justifie l'étude spécifique des migrations des infirmières en Suisse. Il s'agit dès lors de découvrir quels sont les principaux canaux qui interviennent tant sur le plan de la motivation et de l'information que du point de vue légal. Mes différentes lectures m'ont permis de proposer des canaux pour chacun de ces aspects.

Motivation

Pour traiter de la question de la motivation, FINDLAY a plutôt considéré la perspective d'une promotion comme motivation à migrer (1998 : 685) ou l'influence des réseaux de connaissance dans le pays d'arrivée (1998 : 691). La question de la promotion s'appliquait aux migrations de cadres et l'influence des réseaux plutôt aux migrations définitives.

Pour ma part, je considérerai la demande de personnel infirmier dans le pays de destination comme le facteur expliquant la motivation à migrer. Selon BUCHAN (2005 : 28), la pénurie d'infirmières dans les pays développés est la cause originelle des migrations d'infirmières. De la même façon, pour ALKIRE et CHEN (2004 : 8), la demande est un facteur d'attraction de base, qui opère comme un aimant pour attirer les migrants. Ces auteurs notent aussi que les besoins en personnel des pays émetteurs peuvent de la même façon augmenter. Mais dans ce cas, on constatera que leur pouvoir d'attraction est souvent plus faible.

On peut encore souligner que les besoins en personnel étranger sont rarement répartis de façon homogène au sein d'un pays ou même rencontrés à l'échelle d'un pays entier (MONTMARQUETTE et THOMAS, 2005 : 5). Au contraire, des différences sont souvent constatées selon les régions avec des problèmes d'insuffisance de personnel plus prononcés dans les périphéries ou les zones rurales. Des auteurs tels que BUNDRED (2004 : 79) ou BACH (2003 : 2) relèvent à ce sujet l'importance de comprendre les migrations internationales en relation avec les migrations internes. Par exemple, l'absence de mobilité géographique des travailleurs peut constituer une cause de pénurie (OCDE, 2003 :110). Dans ce cas, il existe un excédent dans une zone et un manque dans une autre, mais la mobilité régionale est insuffisante pour permettre à un équilibre de se créer.

Un autre phénomène fréquemment cité est celui des migrations des zones rurales vers les centres urbains, les professionnels de la santé se dirigeant vers zones où les conditions de vie ainsi que la qualité d'exercice sont les plus favorables (DESCOURS 2003 : 6). La préférence pour les centres urbains peut aussi s'expliquer par le fait qu'il s'agit de lieux privilégiés de formation et de début de l'exercice professionnel et que ces infirmières souhaitent donc continuer de bénéficier de ce tissu social, culturel et commercial pour le déroulement de leur carrière professionnelle. De la même façon, les zones urbaines défavorisées tendent à connaître de plus grandes difficultés de recrutement. Un autre type de

mouvement ayant été observé est celui du secteur public vers le secteur privé, dans le mesure où se dernier fournit des conditions d'exercice plus confortables. En matière de disparités territoriales, il faut enfin citer le cas particulier des zones frontalières, dans lesquelles une offre d'infirmières étrangères peut très facilement naître pour autant que l'exercice de la profession y soit avantageux.

Un autre aspect important de la demande d'infirmières est de nature plus qualitative. Dès les années '80, le système hospitalier européen a connu une évolution importante vers une technicisation (DE TROYER, 2000 : 73), des plateaux techniques se sont développés par spécialités autour desquels se sont structurés les différents services. La dimension technique a pris une importance croissante au sein des tâches infirmières et ce processus de spécialisation a fait naître un besoin de personnel qualifié pour en maîtriser l'usage. Parallèlement, on observe un développement de normes de qualité par des professionnels (DE TROYER, 2000 : 81). Ce mouvement affecte donc le contenu de la demande de personnel infirmier, laquelle peut être spécifique en certaines compétences. Ainsi une pénurie peut être due au fait que les compétences des demandeurs d'emploi ne sont pas celles recherchées par les employeurs (OCDE, 2003 :110). Cela peut aussi expliquer pourquoi certains employeurs se plaignent de pénuries alors qu'ils auraient la possibilité de recruter sur place, ce qu'ils regrettent étant en fait le manque de choix (SALT, 1992 : 496).

Différents éléments ont ici été évoqués concernant la pression sur la demande de personnel infirmier. Il faut cependant relativiser cette dernière par la force opposée qu'est la rationalisation financière qui s'opère actuellement dans le milieu hospitalier de nombreux pays (DE TROYER, 2000 : 73). Le personnel infirmier est directement concerné par cette rationalisation, représentant 30% des charges du personnel en milieu hospitalier en Suisse alors que ces dernières constituent environ 80% des charges totales de la santé (OFS, 2005 : 19).

Outre la demande de personnel infirmier dans le pays de destination, d'autres facteurs peuvent intervenir dans la motivation de l'infirmière à migrer. On mentionnera les conditions salariales et les conditions de travail (BUCHAN, 2002, MARTINEAU, 2002), le développement professionnel et personnel (BUCHAN, 2002 :21) ou encore la présence d'une communauté préétablie (FINDLAY et LI, 1998 : 691). Mais ces facteurs feront l'objet d'une attention moindre dans le cadre de ce travail. S'ils seront évoqués par la suite, ça sera plutôt quant aux motivations perçues par les employeurs qu'à celles énoncées par les migrantes elles-mêmes. Cette approche présente notamment l'intérêt de voir si cette perception des motivations intervient sur les pratiques de recrutement des employeurs, par exemple en montrant les arguments que peuvent faire valoir ces derniers pour encourager la migration.

Information

Dès lors qu'il existe une demande de personnel infirmier étranger, encore faut-il que le migrant potentiel ait accès à l'information lui permettant de trouver un emploi à l'étranger. A ce sujet, MARTINEAU (2002 : 13) note que dans un marché du travail « acheteur », si l'employeur offre des conditions de travail suffisamment attractives, les migrants qui prospectent vont naturellement trouver un accès à ces emplois. En revanche, si les besoins en personnel sont supérieurs à l'offre non sollicitée, alors une forme de recrutement est nécessaire.

On peut cependant nuancer la situation présentée dans le premier cas de figure, lorsque l'auteur affirme que le migrant va « naturellement » trouver un accès à l'emploi. Comme le précise FINDLAY (1998 : 682), « La plupart des migrants internationaux sont incapables de trouver et d'arranger personnellement leurs futurs emploi et logement avant la

migration. En conséquence, la plupart des migrants internationaux dépendent d'intermédiaires les aidant à trouver un emploi et un logement dans un autre pays ».

La question de l'information appelle donc au rôle des agents intermédiaires permettant au migrant de trouver son emploi avant l'acte migratoire (FINDLAY et LI, 1998 : 690). Afin de révéler ces agents intermédiaires, je m'intéresserai aux pratiques des employeurs lors de l'embauche et éventuellement du recrutement, le second terme supposant une attitude plus active de la part de l'employeur. Afin de trouver le personnel nécessaire, l'employeur peut aussi recourir à une agence de placement ou de recrutement. BUCHAN (2003 : 49) distingue quatre modèles de recrutement selon le degré d'implication de l'employeur et d'une éventuelle agence de recrutement :

Agence fournissant les infirmières :

L'agence recrute de sa propre initiative et de façon active des infirmières pour les placer dans d'autres pays. Elle est l'instigatrice du mouvement migratoire.

Agence menant le recrutement :

L'employeur nomme une agence pour repérer un pays de recrutement. L'agence sélectionne les candidats et les place au sein des établissements. L'employeur donne un « feedback ».

Agence facilitant le recrutement :

L'employeur travaille en partenariat actif avec une agence pour identifier un pays de recrutement. L'employeur est directement impliqué dans le processus de sélection, qui est facilité par l'agence.

Recrutement mené par l'employeur :

L'employeur utilise ses propres ressources pour identifier un pays source, sélectionner, recruter et placer les infirmières, et s'occuper de l'enregistrement et de l'obtention des diverses autorisations.

L'approche par canaux utilisée ici présente donc l'avantage de prendre en considération le rôle des agents intermédiaires du secteur privé tels que les agences de recrutement. En effet, comme BACH (2003 : 10) le souligne, bien que sous-étudiés, ces agents ont un rôle croissant dans la création et le caractère soutenu de la demande de migrants internationaux. FINDLAY et GARRICK (1990 : 180) ont aussi noté que ces agences avaient des images stéréotypées des marchés du travail, rendant plus probable le recrutement de compétences spécifiques dans une région plutôt que dans une autre.

Législation

Le troisième canal mentionné par FINDLAY est celui du mécanisme par lequel la migration est légalement effectuée. Pour traiter de cet aspect, je considérerai le rôle des facteurs politiques, à savoir la politique d'immigration, sa mise en application par les cantons ainsi que les arrangements bilatéraux. L'auteur (1998 : 683) note en effet que quel que soit le moyen par lequel l'individu est mis en contact avec l'emploi, il est inévitablement confronté aux barrières de la législation du pays sur l'immigration ainsi qu'aux obstacles restreignant l'entrée des travailleurs étrangers sur le marché du travail intérieur. Il ajoute (1998 : 685) que c'est au niveau des politiques migratoires que le concept de canal migratoire est le plus opérationnel, mettant ainsi en exergue leur effet de sélection sur les migrations.

Les différents modes d'entrées sur le marché du travail états-unien des professionnels asiatiques ont été étudiés par KANJANAPAN (1995). Il en ressort notamment qu'il est

important de distinguer le mode d'entrée sur le marché du travail du mode d'entrée sur le territoire. Si les deux peuvent se recouper dans le cas des personnes venant dans le but d'occuper une profession, ils peuvent aussi résulter de deux processus différents. Il s'agit par exemple des travailleurs entrés en Suisse par le biais de regroupement familial, comme étudiants ou encore en tant que demandeurs d'asile. De même, il est possible que le but soit de trouver un emploi, mais que l'entrée légale se fasse par une autre voie. Les cas de figure possibles sont donc nombreux et certains peuvent être complexes, notamment de par les transformations de statuts qui peuvent se produire. Les infirmières de nationalité étrangère travaillant en Suisse ne sont donc pas forcément entrées dans le pays en tant que travailleuses. Afin d'ordonner et de simplifier cette diversité de situations, j'essaierai principalement de distinguer les infirmières migrantes selon le type de permis obtenu. Quant à la question de savoir si l'emploi était le motif de la migration, je tenterai d'y apporter une réponse par le biais de mes entretiens.

La politique migratoire concernant les personnes étrangères désirant venir travailler en Suisse est un sujet qui sera développé ultérieurement. Ce qu'on peut d'ores et déjà signaler, c'est une tendance observée dans de nombreux pays à restreindre les admissions aux personnes les plus compétentes (IREDALE 2001 :13). Il a effectivement été remarqué l'émergence d'un nouveau marché du travail des compétences, lequel est relativement exempt des contrôles nationaux. BORJAS⁴ l'explique par la compétition à laquelle se livrent les Etats dans le marché global de l'immigration pour les compétences nécessaires à l'économie moderne. Mais, comme le notent KOSER et SALT (1997 : 297), si on peut énoncer la tendance générale des gouvernements à considérer que les personnes plus qualifiées devraient passer plus librement les frontières, il apparaît difficile de définir plus précisément cette catégorie, son contenu, la façon dont elle est constituée variant d'un pays à l'autre. Selon IREDALE (2001 15), il faut ici prendre en considération les caractéristiques propres à chaque profession. L'auteur considère que les professions les plus récentes, telles que celles relatives aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, sont généralement plus ouvertes et plus en phase avec les besoins des marchés et de l'industrie. Quant aux professions médicales, elles seraient beaucoup plus encadrées et limitées par l'Etat ou un corps professionnel. Il s'agit donc de voir de quelle façon l'application de cette politique influence l'entrée des infirmières étrangères en Suisse

Un deuxième moyen d'admission envisagé est celui de la pénurie sectorielle. Ici le marché du travail agit comme source de pression sur les politiques migratoires. Cet argument est dans le cas étudié ici tout à fait envisageable, ayant déjà été fait mention précédemment de la question de la pénurie en Suisse. Quant aux pays européens, la plupart d'entre eux ont évoqué des pénuries ou des manques de personnel (DE TROYER, 2000 : 80). Il s'agit par exemple de la France, de la Belgique, de l'Allemagne ou du Royaume-Uni. L'ouverture des frontières en situation de pénurie est un phénomène décrit par IREDALE (2001 : 15) : « Lorsque le marché international du travail expérimente des pénuries, il y a un mouvement distinct vers moins de contrôle, plus de flexibilité et/ou d'exploitation de travailleurs qualifiés provenant des pays en voie de développement vers les régions développées ». Au risque d'énoncer un pléonasme, on peut encore dire que si les Etats ouvrent plus volontiers leurs frontières lorsqu'il y a un manque de personnel dans un secteur, ils le font d'autant plus volontiers que ce n'est pas au détriment de la population indigène.

Ces deux éléments correspondent aux deux perspectives selon lesquelles les migrations d'infirmières ont été abordées dans la recherche scientifique d'une part comme s'intégrant dans le phénomène des migrations des « highly skilled », et d'autre part comme conséquence d'une pénurie mondiale d'infirmières. Cependant, les deux approches sont liées, car plus les compétences sont spécifiques, plus elles sont difficiles à trouver.

⁴ In KOSER & SALT, 1997 : 297

Seront aussi pris en considération le rôle des arrangements bilatéraux et l'effet de facilitation qu'ils ont sur les mouvements migratoires (IREDALE, 2001 : 9). Il s'agit d'abord des accords sur la libre-circulation conclus avec l'Union européenne. En levant les entraves à la prise d'emploi à l'étranger, l'immigration en est évidemment facilitée. Mais cet accord intervient à d'autres niveaux dans ce processus de fluidification des migrations. Il faut notamment tenir compte des mesures visant à harmoniser et donc internationaliser la formation d'infirmière au sein de l'Europe dans le sens où celles-ci permettent, voire favorisent la mobilité internationale. Nous verrons aussi que la Suisse a conclu d'autres arrangements bilatéraux facilitant la venue de travailleurs étrangers.

1.6. HYPOTHESES

Déoulant des éléments théoriques présentés ci-dessus ainsi que des informations obtenues lors de mes entretiens exploratoires, trois hypothèses sont posées.

HYPOTHESE 1 :

« Les établissements hospitaliers de Suisse romande sont actuellement en situation de pénurie de personnel infirmier, les infirmières suisses ne suffisant pas à répondre aux besoins. Ces institutions sont donc en demande de personnel étranger. Ce problème est particulièrement prononcé dans les régions rurales ou économiquement défavorisées, ainsi que pour certaines spécialisations de la profession. »

Certaines sources indiquent effectivement une situation de pénurie en Suisse (DE TROYER, 2000 :8, SEW, 2003). Il s'agit là d'un état particulier où l'offre de travailleurs ne répond pas de façon suffisante à la demande émise par les employeurs. Il s'agira donc de vérifier si la situation helvétique correspond bien à cette description et de voir le cas échéant s'il s'agit d'une pénurie de court terme ou de long terme (MONTAMARQUETTE et THOMAS, 2000 :3).

On considérera aussi les disparités territoriales au sein de la Suisse. Il s'agira de voir de quelles façons certaines régions se montrent plus ou moins attractives tant pour la population indigène qu'étrangère. Cela permettra aussi de mettre en évidence le rôle des travailleurs frontaliers, si ceux-ci sont effectivement occupés dans le domaine de la santé et donc s'ils permettent d'atténuer les pénuries.

HYPOTHESE 2 :

« La Suisse présente des conditions salariales et de travail avantageuses sur le plan international. Il existe en conséquence une offre de travailleurs étrangers. Mais cette offre ne suffit pas à répondre à la demande d'infirmières, un recrutement à l'étranger est donc nécessaire. Ce recrutement peut être opéré par l'employeur ou délégué à une agence spécialisée. »

Cette hypothèse appelle dans un premier temps une comparaison internationale de différents indicateurs. Le premier est le revenu, bien qu'il soit à mettre en relation avec le coût de la vie. Il existe des indicateurs - tels que le nombre de lits par infirmière - qui permettent de comparer les conditions de travail. Mais ces dernières seront surtout évaluées grâce aux entretiens avec les employeurs ou des représentants des agences de recrutement.

Il est proposé que la seule existence de ces différentiels, qui sont surtout économiques et sociaux, suffit à générer un flux migratoire, car les migrants accèdent d'eux-mêmes à l'information leur permettant de trouver un emploi en Suisse. Cette offre peut s'exprimer sous forme de candidatures spontanées adressées aux employeurs ou éventuellement par le recours à une agence de placement.

Il se peut aussi que l'existence de facteurs « push/pull » ne soit pas suffisante à initier l'offre de personnel étranger. Ces facteurs peuvent être une condition nécessaire à la migration mais non suffisante. Pour pallier le manque de personnel, une forme de recrutement doit donc être organisée par l'employeur, qui peut faire recours aux services d'agences de placement ou de recrutement. Cela explique pourquoi certains groupes nationaux sont surreprésentés dans la profession infirmière par rapport à leur présence dans d'autres secteurs d'activité. Il s'agit dès lors de voir de quelle façon s'effectue le choix du bassin de recrutement et quels sont les critères de sélection qui interviennent.

Cette hypothèse met donc en évidence le rôle des agences de placement ou de recrutement. Ces agences peuvent aussi bien être mandatées par les employeurs que par les demandeurs d'emploi, elles se trouvent donc au croisement entre l'offre et la demande, quoiqu'elles soient aussi susceptibles d'intervenir sur chacun de ces facteurs.

HYPOTHESE 3

« Du fait que la profession infirmière peut être considérée comme hautement qualifiée et qu'il y a pénurie au sein de la population résidante, les aspects légaux sont une moindre entrave à l'engagement de travailleurs étrangers. Pour ces mêmes raisons, les quotas en vigueur avant la mise en œuvre de la libre-circulation n'ont pas constitué une entrave à l'emploi d'étrangers. »

L'hypothèse est donc posée que deux types d'arguments plaident en faveur d'une entrée sans entraves des infirmières étrangères : L'aspect des qualifications et celui de la pénurie de l'offre. Cette hypothèse concerne les infirmières aussi bien européennes qu'extra-européennes pour la période allant jusqu'à 2002. Elle ne touche par contre plus que les extra-européennes depuis 2002. Il s'agit dès lors de voir quelles furent et quelles sont les modalités d'entrée des infirmières étrangères en Suisse et si celles-ci bénéficient effectivement de facilités pour pénétrer sur le marché du travail suisse.

1.7. LES APPROCHES UTILISEES

PERSPECTIVES SYNCHRONIQUES ET DIACHRONIQUE

Afin de comprendre de la situation actuelle en matière de migration d'infirmière, je recourrai aux deux perspectives synchronique et diachronique.

La perspective synchronique, dans le cadre d'une recherche géographique, consiste à identifier l'organisation actuelle de l'espace. C'est donc selon cette optique que je tenterai de révéler les différents acteurs modelant les migrations d'infirmières et leurs rôles spécifiques.

En complément de l'approche synchronique se trouve l'analyse diachronique, l'étude des phénomènes dans le temps. C'est dans cette perspective que j'envisage d'étudier les mouvements d'infirmières tant passés que présents. Rendre compte des migrations passées et tenter de les comprendre se justifie d'abord par l'intérêt qui réside dans le fait de révéler un

phénomène qui existe depuis des décennies déjà en Suisse. Mais aussi cette démarche se justifie par le fait que les mécanismes passés permettent de mieux comprendre ceux ayant cours actuellement, les pratiques des différents acteurs et les données chiffrées disponibles. Une connaissance des flux migratoires anciens permet par exemple de mieux comprendre ce qui relève du flux et du stock dans les données actuelles. Il s'agit alors de voir comment le changement de contexte a influencé les changements de flux migratoires. Une perspective diachronique permet enfin, à défaut de prévoir l'avenir, d'en définir certaines perspectives.

PERSPECTIVE AXEE SUR LA DEMANDE

Sur le marché du travail, la demande et l'offre de travailleurs sont des phénomènes complémentaires et reliés entre eux. La description d'une seule de ces composantes ne saurait donc suffire à expliquer dans sa globalité un flux migratoire lié au travail.

Je me suis ici axée sur l'aspect de la demande, comme l'illustrent mes questions de départ. Au delà de la seule idée de pénurie, cette perspective permet en fait d'intégrer à l'analyse les différents acteurs institutions liés au pays d'arrivée, en l'occurrence la Suisse. Car si demande il y a, cette dernière a lieu dans un contexte spécifique. Ce contexte est susceptible d'influencer cette demande, mais aussi d'être influencé par elle. Il l'encadre aussi et oriente la façon dont elle s'exprime.

Quoique j'aie choisi de me concentrer sur la dimension « demande », la question de l'offre reste omniprésente, il ne peut en être qu'ainsi. Elle ne sera donc pas non plus occultée. Elle fera simplement l'objet de moins d'attention et ne transparaîtra qu'à travers la façon dont elle s'exprime. Une approche centrée sur l'offre aurait en fait impliqué de se concentrer sur des éléments tels que les motivations individuelles (niveau micro), ou les décisions touchant au foyer ou à la communauté (niveau méso).

Cette approche est encore justifiée par l'hypothèse qui est posée selon laquelle l'exercice de la profession en Suisse présente des avantages à l'échelle internationale. Cette hypothèse permet de partir du principe qu'il y existe une offre potentielle dans tous les pays. L'impulsion à l'acte migratoire tient alors plus aux opportunités se présentant aux infirmières étrangères, et donc aux pratiques de recrutement.

1.8. METHODOLOGIE

DONNEES QUANTITATIVES

Par le biais du recensement de la population, les données de l'office fédéral de la statistique (OFS) m'ont permis d'avoir accès aux informations concernant le nombre d'infirmières exerçant dans le secteur intra-muros⁵ en Suisse, avec le détail du nombre d'infirmières pour chaque nationalité. Ces chiffres sont disponibles pour les années 1970, 1980, 1990 et 2000, ce qui m'a permis d'avoir une vision historique du recours au personnel étranger pour constituer les effectifs suisses. De plus, ces chiffres sont disponibles tant sur le plan fédéral que cantonal. Les données cantonales m'ont permis de mettre en évidence les situations particulières à chaque canton.

⁵ Le secteur intra-muros comprend les hôpitaux, les cliniques privées ainsi que les établissements de santé non-hospitaliers (personnes âgées, handicapés, personnes ayant des problèmes de dépendance).

Le registre central des étrangers (RCE) recense aussi les professions des étrangers habitant en Suisse détenteurs d'un permis annuel ou d'établissement⁶. Un examen des microfiches à disposition à l'Office des migrations à Berne m'a ainsi permis de connaître le nombre de permis annuels et d'établissement pour chaque nationalité pour les années 1980, 1990 et 2000. Malheureusement, les catégories professionnelles étant constituées de façon différente entre l'Office fédéral des migrations et l'Office fédéral des statistiques, il n'est pas possible de recouper ces deux banques de données. De plus, il faut préciser que les autorisations temporaires n'apparaissent ni dans l'une ni dans la seconde source de données.

Une autre base de données quantitatives est la Croix-Rouge suisse (CRS), laquelle délivre aux étrangers les reconnaissances de diplôme après vérification des diplômes étrangers. L'organisme m'a donc transmis le nombre de reconnaissances de diplômes effectuées pour chaque nationalité. Ces chiffres ne sont cependant disponibles que pour la période allant de 1993 à 2004.

Il m'a aussi été possible d'accéder aux données concernant le nombre et la provenance des infirmières venues en Suisse comme stagiaires entre 1980 et 2004. Ces données présentent cependant l'inconvénient de regrouper les professions par domaines professionnels entre 1980 et 1986 et entre 1992 et 1997. Afin de rendre les chiffres comparables d'une année à l'autre, j'ai compté 90% de l'effectif de la catégorie « soins médicaux ». Selon le responsable des programmes d'échanges de stagiaires, ce pourcentage correspond à l'effectif des infirmières.

J'ai aussi adressé des demandes de statistiques aux hôpitaux de toute la Suisse romande. Mais l'accès à ces chiffres a été difficile, car les hôpitaux n'ont aucune obligation de fournir de telles données. De plus, les services concernés éprouvent parfois des difficultés à prendre le temps de constituer des bases de données. Les chiffres que j'ai pu obtenir ne concernaient le plus souvent que les quelques années précédentes et intégraient les infirmières à un groupe professionnel plus large. J'ai donc considéré que les statistiques cantonales du recensement de la population constituaient à cet égard une source plus précise.

1.8.3. DONNEES QUALITATIVES

Pour ce qui est des données qualitatives, il s'agit principalement d'entretiens avec les principaux acteurs identifiés. Les employeurs et conseillers des agences de placement ont principalement été interrogés au sujet de leur perception d'une éventuelle pénurie, de leurs pratiques de recrutement et des contraintes légales. Les autorités cantonales ont été questionnées à propos de leur perception de la pénurie, et de leur marge de manœuvre vis-à-vis de la loi.

Employeurs, personnes responsables de l'embauche du personnel infirmier

Les personnes concernées peuvent avoir des titres différents selon les institutions. De plus, plusieurs personnes peuvent aussi intervenir à divers stades du processus de recrutement dans un même établissement. Ainsi, sous le terme « employeur », peuvent être compris les directeurs et directrices d'établissement, les responsables des ressources humaines ou encore les directeurs ou directrices des soins infirmiers.

Afin de choisir mes interlocuteurs, j'ai contacté un ou plusieurs hôpitaux par canton romand par e-mail en me concentrant principalement sur les hôpitaux cantonaux. Globalement, l'accès à des interlocuteurs au sein des hôpitaux cantonaux fut relativement

⁶ Le registre central des étrangers comprend aussi les travailleurs saisonniers (jusqu'en 2002) mais cette catégorie ne concerne pas les infirmières.

aisé. J'ai aussi envoyé des demandes de rencontre à quelques hôpitaux suisses-alsaciens à l'issue desquelles un entretien a pu se dérouler. Finalement, j'ai rencontré des personnes responsables du recrutement dans les hôpitaux suivants : hôpital de Porrentruy (JU), hôpital cantonal de Fribourg, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) (VD), Hôpital universitaire de Genève (HUG), Réseau Santé Valais (RSV) et Liestal (BL).

Agence de placement/recrutement

Afin de trouver des interlocuteurs au sein des agences de placement, j'ai d'abord effectué une recherche sur Internet. J'ai ainsi eu connaissance des dizaines d'agences officiant en Suisse. Je leur ai envoyé un e-mail à toutes. Bon nombre d'entre elles ne s'occupaient pas du placement d'infirmières. Une autre partie ne souhaitait pas répondre à mes questions par manque de temps ou par désir de confidentialité. Un petit nombre a directement accepté de me rencontrer. Afin de multiplier mes sources, j'ai relancé certaines agences par téléphone. J'ai finalement pu rencontrer des personnes travaillant dans des agences l'ensemble du territoire suisse-romand. Ces agences relèvent en fait de deux enseignes différentes. Il aurait sans doute été préférable de diversifier les sources, mais la réticence des personnes que j'ai cherché à joindre m'en a empêché. J'ai de surcroît interrogé le responsable de l'agence travaillant spécifiquement avec le CHUV, lequel pratique le recrutement au Canada et dans les pays francophones européens.

Membres des autorités cantonales responsables de l'octroi des permis de travail

Les derniers interlocuteurs contactés furent les responsables de l'octroi de permis aux étrangers. J'ai en fait rencontré les personnes des cantons du Jura et de Fribourg, avec lesquelles j'ai pu avoir un entretien approfondi. Dans les autres cantons, un entretien téléphonique a été préféré par mes interlocuteurs. J'ai cependant pu constater que les entretiens en face-à-face s'avéraient beaucoup plus riches, et que la marge de manœuvre des cantons apparaissait beaucoup mieux. Le discours tenu lors des entretiens par téléphone tendait par contre beaucoup plus à se réduire à un énoncé des lois en vigueur en la matière.

Autres interlocuteurs pertinents, personnages-clés

Afin de compléter mes sources et de m'éclairer sur certains sujets, j'ai aussi rencontré une personne travaillant au service de reconnaissance des diplômes pour la Croix-Rouge, la personne responsable des programmes d'échanges de stagiaires, le directeur de la Haute école de santé ARC, ainsi qu'un infirmier chef aujourd'hui à la retraite.

Partie 2

Les migrations internationales d'infirmières

Les systèmes de santé de nombreux pays sont confrontés à des difficultés concernant la gestion de leur effectif de personnel infirmier. Selon l'ICN⁷ (2006 : 9), il existe une pénurie mondiale d'infirmières de longue date déjà. Depuis que cette situation prévaut, la plupart des pays complètent leurs effectifs en recourant à du personnel étranger. Il va donc s'agir ici de retracer les grandes lignes des migrations internationales d'infirmières.

Afin de réaliser ce chapitre, j'ai principalement recouru aux recherches publiées par MEJIA (1978), BACH (2003, 2004), BUCHAN (2002, 2004, 2005), MARTINEAU (2002) et ALKIRE et CHEN (2004). Ces quelques auteurs se sont intéressés aux migrations internationales d'infirmières selon des échelles plus ou moins larges, considérant une ou plusieurs régions du monde, et s'axant tantôt sur les pays d'origine, tantôt sur les pays d'arrivée. Une synthèse de ces études va permettre de dégager les principales caractéristiques du système des migrations internationales d'infirmières.

2.1. L'ETUDE DES MIGRATION INTERNATIONALES D'INFIRMIERES

Afin de rendre intelligibles les flux internationaux d'infirmières, les différents auteurs s'étant penchés sur le sujet ont recouru à plusieurs critères leur permettant de classer les phénomènes de migration d'infirmières :

- Distinction entre pays émetteurs et pays récepteurs
- Distinction entre pays en voie de développement et pays industrialisés
- Distinction entre pays dont le revenu national est haut / moyen / bas (classification de la Banque Mondiale)
- Distinction entre le flux et le stock
- Distinction entre migration temporaire et permanente

Il est possible de quelque peu nuancer ces critères de différenciation. D'abord, si certains pays se distinguent effectivement comme étant d'importants pays émetteurs ou récepteurs d'infirmières, des cas intermédiaires sont plus fréquents. C'est-à-dire que bon nombre de pays voient en fait une partie de leur personnel quitter le pays et recourent simultanément à du personnel étranger.

La distinction entre pays en voie de développement et pays industrialisés est communément utilisée dans la recherche lorsqu'il s'agit de qualifier les pays émetteurs. Il ne s'agit en fait pas tant de comparer les économies que les systèmes de santé des pays concernés. Par exemple, BACH (2004 : 624) explique que l'intérêt a commencé à se porter sur l'immigration des infirmières dans la période post coloniale. C'est durant à ce moment que les pays en voie de développement ont commencé à voir leurs systèmes de santé se développer et à former leur personnel national, alors que simultanément se produisait une expansion très rapide des services de santé dans les pays industrialisés. Si c'est précisément l'aspect économique qu'il s'agit de mettre en exergue, il est alors plutôt fait recours à la classification de la Banque Mondiale, laquelle est basée sur le niveau du revenu.

Dans un pays donné, Les indicateurs que sont le flux et le stock d'infirmières étrangères sont essentiels pour comprendre l'importance qu'y prend la migration d'infirmières. La dissociation des deux permet notamment de mieux appréhender les variations dans le temps du recours au personnel étranger.

⁷ ICN : International council of nurse

Les auteurs tentent aussi souvent de faire la distinction entre les migrations temporaires et les migrations définitives. Dans la réalité, les deux phénomènes ne sont cependant pas toujours aussi clairement dissociables.

On notera enfin que la migration d'infirmières ne peut se résumer à un simple flux « pays d'origine – pays de destination ». Comme l'explique BUCHAN (2005 :8), une infirmière peut quitter son pays pour travailler dans un autre, puis retourner chez elle ou se déplacer dans un troisième pays. La migration peut donc se faire par étapes avec des destinations intermédiaires. Quantité de cas de figure sont donc envisageables.

2.2. CARACTERISTIQUES DES MIGRATION INTERNATIONALES D'INFIRMIERES

MIGRATIONS D'INFIRMIERES DANS LES ANNEES '70

La première étude d'envergure concernant l'immigration des infirmières est celle réalisée par MEJIA en 1978. L'auteur avait alors montré que 4% du stock mondial d'infirmières (135'000 personnes concernées) se trouvaient hors de leur pays de naissance ou de formation. Les principaux pays exportateurs étaient le Canada, l'Egypte, la Nouvelle-Zélande, les Philippines ainsi que la Grande-Bretagne. Ces infirmières étrangères se concentraient principalement dans quatre pays : Canada, Allemagne, Grande-Bretagne et Etats-Unis. Cette étude montrait aussi que, comparativement aux migrations des médecins, les migrations d'infirmières tendaient à être plus temporaires et plus multidirectionnelles. Il était globalement relevé que les flux migratoires étaient plutôt influencés par les liens culturels et coloniaux ainsi que linguistiques.

MIGRATIONS D'INFIRMIERES CONTEMPORAINES

De nos jours, les difficultés à rendre compte des migrations internationales d'infirmières sont les mêmes que celles rencontrées par MEJIA à l'époque. Ce sont surtout les problèmes de comparabilité des statistiques nationales ainsi que les grandes lacunes des données concernant les flux de sorties qui empêchent de dresser un panorama précis de la situation. Des auteurs tels que BUCHAN (2003, 2002, 2004) ou BACH (2003) ont cependant réussi à élaborer un aperçu de la situation mondiale :

Les principales régions de départ des infirmières sont les Antilles, l'Asie du Sud et l'Asie du Sud-est. L'Inde est aussi devenue l'un des pays exportateurs les plus importants. Plus récemment, il a été fait mention de la Chine et de la Thaïlande ainsi que, dans une moindre mesure, de certains pays d'Afrique sub-saharienne.

Pour les Africaines, les principaux pays de destination sont l'Australie, la Belgique, le Canada, la France, la Grande-Bretagne et les Etats-Unis. Les infirmières antillaises se dirigent plutôt vers l'Amérique du Nord, et les infirmières asiatiques vers les pays exportateurs de pétrole, l'Amérique du Nord et dans une moindre mesure vers l'Europe. Il a par ailleurs été relevé que ce sont particulièrement les pays anglophones qui recrutent leur personnel dans les « pays du Sud » (ALKIRE et CHEN, 2004 : 2).

En ce qui concerne les pays de destination, Les Etats-Unis et la Grande-Bretagne restent donc les plus importants pays importateurs. D'ailleurs la Grande-Bretagne, de la même façon que l'Irlande, est un pays où récemment, l'augmentation de l'immigration d'infirmières a été particulièrement prononcée (BUCHAN, 2005 :5). Les pays du Golf sont devenus d'importants importateurs, recrutant du personnel à travers le monde entier, dont l'Europe.

On notera cependant qu'en termes relatifs, c'est la Nouvelle-Zélande qui détient la part de professionnels de la santé étrangers la plus importante (ALKIRE et CHEN, 2004 : 7).

Certains pays se sont même spécialisés dans l'exportation d'infirmières, c'est par exemple le cas des Philippines. Depuis les années '70, les écoles d'infirmières s'y sont multipliées conjointement au développement de l'émigration des infirmières. On estime aujourd'hui à 15'000 le nombre d'infirmières quittant le pays chaque année. Il s'est aussi produit une diversification des pays de destination, puisque ce sont une trentaine de pays qui accueillent aujourd'hui ces infirmières, alors que la plupart se rendaient en Arabie Saoudite dans les années '80 (BACH, 2003 : 4). Cet essor de l'immigration des infirmières en provenance des Philippines s'explique notamment par le fait que le gouvernement lui-même encourage l'émigration de ses ressortissantes en raison des gains obtenus par les transferts de fonds. Pour cette même raison, les gouvernements indien et chinois tentent d'ouvrir l'accès aux marchés du travail étrangers à leurs ressortissantes (MARTINEAU, 2002 : 14).

A l'échelle européenne, la Suisse ne serait pas un cas isolé, puisqu'il est fait état de pénuries de personnel soignant dans la plupart des pays : la Suède, la Norvège, le Portugal, le Danemark, le Royaume-Uni, l'Allemagne ou encore la Grèce seraient concernés par une pénurie de personnel soignant (DE TROYER, 2000 : 80). Il a été relevé que la libéralisation du marché du travail ainsi que la reconnaissance mutuelle des qualifications avaient permis de stimuler la mobilité des infirmières, mais que cette dernière était néanmoins contenue par des barrières culturelles et linguistiques (BACH, 2003 : 5). Il est difficile d'en dire plus au sujet de l'immigration intra-européenne, car malgré une abondante littérature portant sur l'immigration des infirmières, force est de constater que les mouvements au sein de l'Europe ne sont guère documentés. En matière de migration d'infirmières entre pays « développés », il est le plus souvent fait mention des flux existant entre la Grande-Bretagne, le Canada, les Etats-Unis et l'Australie (ALKIRE et CHEN, 2004 : 21), comme illustré sur la figure ci-après. On peut toutefois différencier des cas tels que celui de la Grande-Bretagne et celui de la Norvège. Alors que le premier pays emploie principalement des infirmières provenant de pays à moyen-bas ou bas revenu, le second recrute son personnel presque exclusivement au sein des pays scandinaves avoisinants.

UNE MIGRATION EN « CARROUSEL »

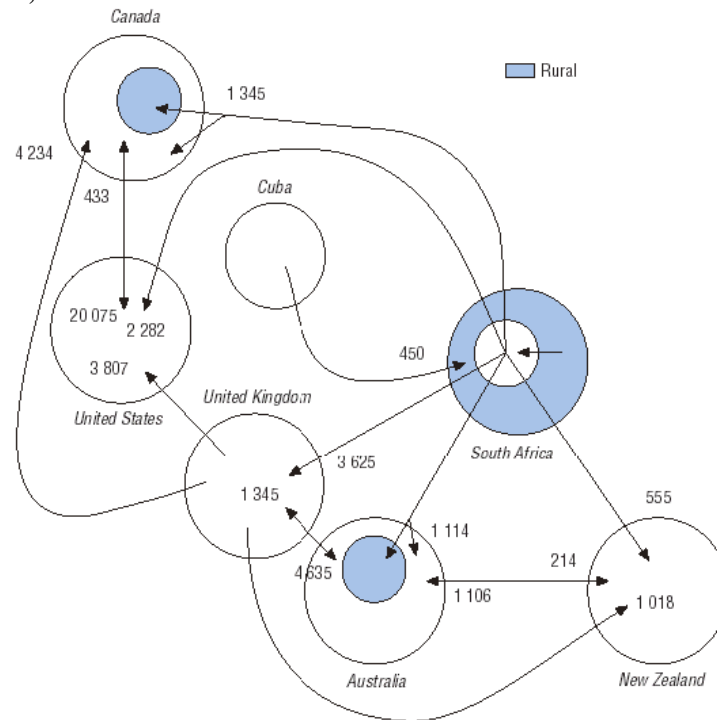
Selon BUCHAN (2005 : 19), la croissance qui se produit actuellement de l'immigration des infirmières s'explique en partie par les pratiques de recrutement actif menées par certains pays développés dans des pays en voie de développement. Ce qui explique aussi pourquoi, alors que les infirmières migrantes présentes dans un pays tendent habituellement à provenir d'un nombre relativement limité de pays (AKIRE et CHEN, 2004 : 7), l'augmentation des flux s'accompagne d'une diversification des pays d'origine.

Les soins infirmiers sont un secteur d'activité dont les compétences sont en déficit tant dans des pays développés que dans d'autres en développement, au point qu'il existe maintenant un marché global pour leurs compétences (BUCHAN, 2002 : 4). BACH (2004 : 2) approuve l'idée de globalisation du marché du travail dans le secteur de la santé, globalisation qui s'exprime aussi par le fait que les pays d'origine tendent plus à être définis par des critères économiques que par des liens historiques.

En raison de cette multidirectionnalité des flux, MARTINEAU (2004 : 6) parle de « carrousel » pour décrire le système de migrations internationales d'infirmières. Cette image fait référence au phénomène selon lequel un pays recourt à l'immigration pour compléter ses effectifs amputés par l'émigration d'une partie de son personnel. On peut par exemple parler des Etats-Unis recrutant au Canada, recrutant en Grande-Bretagne, recrutant en Afrique du Sud, etc. Les données concernant la provenance des infirmières étrangères travaillant en

Suisse figurent en annexe 1. Après la partie analytique, il nous sera possible de revenir sur ces chiffres afin de comprendre comment se positionne la Suisse au sein de ce système de migrations internationales d'infirmières

Figure 1 : Principaux axes de mobilité internationale des professionnels de la santé entre les pays de l'ancien "Commonwealth", les Etats-Unis et Cuba



Dumont et Meyer, 2004 :118

Partie 3

Législation

3.1. HISTORIQUE DE LA POLITIQUE MIGRATOIRE DE LA SUISSE

A partir de 1970, l'Ordonnance limitant le nombre des étrangers (OLE) fixe des quotas annuels pour l'admission de nouveaux travailleurs en fonction du nombre de ceux ayant quitté la Suisse. Dans un premier temps, cette limitation est cependant sans impact sur l'immigration d'infirmières, puisque le domaine de la santé publique, tout comme celui de l'instruction et de l'agriculture échappe au contingentement jusqu'en 1974.

On notera que dans les années '70, les différentes initiatives populaires visant à limiter de façon beaucoup plus drastique la population étrangère ont toutes réservé un traitement particulier au secteur hospitalier. L'initiative populaire fédérale « contre l'emprise étrangère », dite « initiative Schwarzenbach » de 1970, ainsi que l'initiative « contre l'emprise étrangère et le surpeuplement de la Suisse » de 1974 (toutes deux rejetées), excluaient en effet le personnel hospitalier des restrictions à l'entrée des étrangers. La troisième initiative « contre l'emprise étrangère » de 1977 (aussi refusée) notait quant à elle que si le personnel hospitalier devait être comptabilisé parmi les étrangers et donc soumis aux restrictions, il devait cependant être privilégié eu égard aux autres secteurs économiques.

Concernant la mise en œuvre de l'Ordonnance, un premier contingent d'autorisation était alloué aux entreprises et cantons en situation de pénurie ayant adressé des demandes à la Confédération. Bien qu'il ne m'ait pas été possible d'identifier les secteurs particuliers auxquels ont été distribués ces contingents, je puis avancer qu'il est fort probable que les milieux hospitaliers en aient bénéficié, étant donné la situation de pénurie avérée qui avait alors cours.

En 1986, l'Ordonnance sur la limitation des étrangers est modifiée de façon à prendre de nouvelles dispositions. On observera au sujet de cette ordonnance que seuls les fonctionnaires internationaux font exception au principe du contingentement. Ce nouveau décret s'accompagne aussi pour la première fois de prescriptions concernant les pays de recrutement de main-d'œuvre. Les ressortissants de l'AELE et de la CE doivent « être admis en priorité » et en second lieu apparaissent les ressortissants des pays dits « traditionnels de recrutement ». Il s'agit en fait des Etats-Unis, du Canada et des pays d'Europe centrale et de l'Est. Quant aux autres pays, le recrutement y est à priori exclu. Cette différenciation du traitement selon le pays de provenance conféra à cette politique l'appellation de « modèle des trois cercles ». L'innovation résidait donc dans la formalisation de la proximité culturelle comme critère d'admission.

En 1998, l'Ordonnance de 1986 limitant le nombre des étrangers est modifiée dans la perspective d'un rapprochement avec l'Europe. Le modèle des trois cercles est alors abandonné pour voir adopté un système binaire d'admission. Ne sont plus autorisés que les ressortissants de l'UE /AELE alors que les conditions d'entrée pour tout autre étranger deviennent beaucoup plus restrictives.

En 2000, le peuple suisse approuve l'accord avec la Communauté européenne sur la libre circulation des personnes. Entré en vigueur en 2002, l'accord a levé bon nombre de barrières à la prise d'emploi en Suisse pour les étrangers, principalement l'abolition du principe de priorité des résidents sur le marché du travail. Ce faisant, l'immigration en provenance de pays tiers a été, à quelques exceptions près, bannie. En 2004, les dix nouveaux pays⁸ ont adhéré à l'Union Européenne. La population suisse a accepté l'extension de l'accord sur la libre

⁸ Il s'agit de l'Estonie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la Slovaquie, la Slovénie, la République tchèque, la Hongrie, de Malte et de Chypre

circulation à ces nouveaux membres en septembre 2005, extension entrée en vigueur en 2006, moyennant une période transitoire allant jusqu'en 2011.

3.2. LE RECRUTEMENT INTERNATIONAL PAR LES AGENCES DE PLACEMENT ET DE LOCATION DE SERVICES

Selon la LSE⁹ de 1989, est supposée être autorisée la seule location de services de travailleurs suisses vers l'étranger, pratique elle-même soumise à une autorisation fédérale. Dans le sens inverse, la loi était très restrictive, puisqu'elle n'autorisait la location de service des seuls étrangers « autorisés à exercer une activité lucrative et à changer d'emploi ». L'idée sous-jacente était que les étrangers ne devaient en principe pas entrer en Suisse dans le but d'y louer leurs services. Il est important de comprendre que cette contrainte ne concernait pas le placement de personnel fixe, puisque dans ce dernier cas, c'est l'institution qui dépose la demande de permis de séjour. Selon la SECO¹⁰, « dans la pratique, la situation du marché du travail a contraint les entreprises suisses de location de services à étendre le cercle de main-d'œuvre recrutée à l'étranger aux fins de location de services en Suisse. » Il ne m'a pas été possible de vérifier si cette situation a spécifiquement concerné les infirmières, mais il est indéniable que la situation de ce secteur du marché de l'emploi était alors contraignante. En adaptation à cette évolution, « des autorisations fédérales ont commencé à être octroyées aux agences de location de services dès 1991 », permettant ainsi à certaines agences d'élargir leur aire de recrutement de main-d'œuvre.

En 2004, l'accord sur la libre circulation des travailleurs reconnaissant le droit de travailler sur le sol suisse aux ressortissants européens, la restriction a pu être levée qui consistait à n'autoriser la location de service des seuls étrangers autorisés à exercer une activité lucrative et à changer d'emploi. Ce qui fut fait par une directive commune du SECO¹¹ et de l'IMES¹², laquelle autorise dès lors les agences de location de service à recruter du personnel en Europe et à requérir, à titre d'employeur, une autorisation de séjour pour le travailleur. Les agences se limitent à effectuer une annonce IMES (pour les personnes travaillant moins de quatre mois) ou à demander un permis de courte durée (364 jours), les personnes travaillant pour une plus longue période étant généralement employées par l'hôpital, dans le cas des infirmières.

Il est intéressant de noter qu'il y a eu plusieurs mois de décalage entre l'entrée en vigueur des bilatérales et le moment où la directive fut énoncée. Cet intervalle traduit en fait la confusion qui a régné lorsqu'il s'est agi d'interpréter la loi sur le travail au vu des accords bilatéraux. Mais si aujourd'hui, une directive règle cette question, il semblerait qu'une foule de situations intermédiaires prêtent encore à confusion et peinent à être définies de façon juridique. On voit ici que le sujet est récent et les changements en cours d'importance.

On constate en dernier lieu que les entreprises de location de services établies à l'étranger ne sont pas autorisées à opérer en Suisse, cette règle étant valable tant avant qu'après les bilatérales. Cette précision n'est pas anodine car, comme nous le verrons plus tard, les activités de ces agences impliquent surtout une proximité des employeurs, mais aussi des travailleurs potentiels.

⁹ LSE : Loi fédérale du 6 octobre 1989 sur le service de l'emploi et la location de services

¹⁰ SECO « Suppression et simplification d'autorisations. Modification de 6 lois fédérales. Rapport explicatif pour la procédure de consultation »

¹¹ SECO : Secrétariat d'Etat à l'économie

¹² IMES : Office fédéral de l'immigration, de l'intégration et de l'émigration

3.3. LES EXCEPTIONS

Depuis 1970, la politique migratoire de la Suisse a donc été menée selon les principes successifs de plafonnement global, du modèle des trois cercles, relayé par le modèle des deux cercles, pour finalement se définir globalement par les accords sur la libre circulation conclus avec l'UE. Les conditions d'accès au marché du travail suisse, particulièrement pour les infirmières, ne se limitent pas pour autant à ces politiques migratoires. Nous allons donc voir maintenant les cas faisant exception.

LES ACCORDS D'ECHANGE DE STAGIAIRES

Dès 1935, la Suisse a commencé à conclure des accords d'échange de stagiaires avec ses voisins. Les traités ont été multipliés jusqu'en 2000 et se sont étendus à des pays de l'ensemble du globe. Concrètement, il s'agit en fait d'offrir la possibilité à des personnes ayant achevé une formation professionnelle de se perfectionner dans un pays étranger. Le/la stagiaire doit avoir entre 18 et 30 ans (ou 35 ans selon les pays) et bénéficier de bonnes connaissances linguistiques. Il/elle peut alors être engagé/e pour une durée de 18 mois maximum et obtenir les autorisations de travail et de séjour sans égard à la situation de l'emploi dans les pays concernés.

Si l'on observe la chronologie de conclusion des accords sur le tableau 1, on constate que la première série d'accords conclus entre 1935 et 1956 concerne strictement l'Europe. Ensuite, aucun accord n'a été fait durant près de 25 ans. La nouvelle série de traités qui a eu lieu dans les années '80 concernait plutôt des pays anglo-saxons d'outre-mer. Les années '90 ont ensuite été marquées par les accords avec les pays de l'Est. Le responsable des programmes d'échange de stagiaires m'a affirmé que ces derniers accords relevaient d'une logique différente des précédents, étant plus à comprendre comme un désir manifeste de soutenir ces pays après la chute du communisme. Les quatre derniers accords en date se distinguent quelque peu, puisqu'ils concernent l'Afrique du Sud, l'Argentine, la Roumanie et finalement les Philippines. Il s'agit là des premiers accords conclus avec des pays d'Asie, d'Amérique du Sud et d'Afrique.

Tableau 1 : Pays avec lesquels la Suisse a conclu un accord d'échange de stagiaires (entrée en vigueur)

Grande-Bretagne	?	Norvège	1986
Belgique	1935	Australie	1991
France	1946	Italie	1993
Danemark	1948	Pologne	1993
Espagne	1948	Russie	1993
Luxembourg	1948	Portugal	1994
Suède	1948	Bulgarie	1995
Irlande	1949	Hongrie	1996
Finlande	1951	Monaco	1996
Pays-Bas	1952	Slovaquie	1996
Allemagne	1955	Tchéquie	1997
Autriche	1956	Afrique du Sud	1998
Canada	1980	Argentine	1999
Etats-Unis	1980	Roumanie	2000
Nouvelle-Zélande	1984	Philippines	2003

Source: site internet ODM

Selon l'ODM¹³, le secteur de la santé constitue actuellement l'un des secteurs de prédilection des stagiaires étrangers venant en Suisse avec l'hôtellerie, le secteur administration/bureau/commerce et les professions artisanales. Concernant les nouveaux pays membres de l'UE, il a aussi été récemment constaté une nette augmentation du nombre de stagiaires d'Europe centrale et orientale dans le domaine des soins, s'accompagnant de pressions afin d'augmenter le contingent de stagiaires¹⁴. Les stagiaires sont donc susceptibles de constituer une main-d'œuvre importante dans le domaine des soins infirmiers, mais il s'agit encore de comprendre les motifs de ce constat et de voir précisément de quelles façons ce type de personnel est intégré aux effectifs.

DIRECTIVE SUR LES INFIRMIERES DE SALLE D'OPERATION ET EN SOINS INTENSIFS

Un autre cas de figure constituant une exception à la loi en vigueur concerne les infirmières de salle d'opération et les infirmières en soins intensifs. Depuis quelques années¹⁵, ces deux spécialisations font l'objet d'une directive spéciale autorisant le recrutement dans un Etat tiers.

Pour comprendre comment cette exception a pu être rendue possible, il faut savoir que l'Ordonnance limitant le nombre des étrangers de 1986 laisse effectivement une ouverture permettant aux travailleurs provenant de pays tiers de venir en Suisse. Celle-ci figure à l'article 8, lequel évoque d'abord le principe de priorité dans le recrutement pour les travailleurs de l'UE/AELE, puis énonce les exceptions possible à l'alinéa 3, celle qui nous intéresse figurant à la lettre a :

³ Lors de la décision préalable à l'octroi d'autorisations (art. 42), les offices de l'emploi peuvent admettre des exceptions à l'al. 1:

a. lorsqu'il s'agit de personnel qualifié et que des motifs particuliers justifient une exception

Pour être embauchés, le ressortissant d'un pays tiers doit donc d'une part être qualifié et d'autre part des motifs particuliers doivent être invoqués. Cette condition est en fait assez vague et permet une marge de manœuvre dans son interprétation. Il faut ici préciser que ce ne sont pas les cantons mais la Confédération qui, par les directives qu'elles émet, dispose de la marge d'interprétation. Ainsi, le motif particulier peut être celui de la pénurie, tant sur le sol suisse qu'europpéen. Dès lors, il s'agit de voir quel type de professionnel peut répondre au qualificatif de « qualifié ». Selon un ancien employé de l'ODM, c'est sur ce dernier terme que la Confédération joue en faisant entrer des professions dans cette catégorie - et en sortir - dans le cadre des directives qu'elle édicte. Ainsi, depuis le début de la décennie, les infirmières de salle d'opération et les infirmières en soins intensifs sont considérées comme du personnel qualifié. Mais si à l'avenir ce type de professionnelles venait à ne plus manquer, elles pourraient alors sortir de cette catégorie. De la même façon, un autre type de spécialité pourrait, selon les circonstances, intégrer la catégorie « qualifiée ».

¹³ « Echange de stagiaires avec la Suisse » Schweizerische Kommission für den Austausch von Stagiaires mit dem Ausland (SKASA)

¹⁴ « La vie économique Revue de politique économique » 3-2004, p.17 Martin Hirsbrunner, Claudius Schäfer

¹⁵ Il ne m'a pas été possible de trouver la date exacte d'entrée en vigueur de cette directive. Un interlocuteur de l'office fédéral des migrations m'a cependant affirmé que cette directive a été énoncée entre 2001 et 2003.

LA SOUPLESSE A L'EGARD DU RECRUTEMENT AU CANADA ET LE PROTOCOLE D'ENTENTE DE 2003

Les conditions d'entrée pour les ressortissants canadiens sont particulières, spécifiquement pour ce qui concerne les infirmières. C'est que l'immigration canadienne en Suisse est un phénomène relativement ancien, puisqu'en 1970 déjà plus de 2'000 Canadiens séjournent en Suisse. Ainsi, lorsqu'il a été fait mention de la provenance des étrangers dans la politique migratoire de la Suisse, le Canada s'est retrouvé dans le « cercle médian », autorisant une forme de recrutement malgré le fait qu'il s'agisse d'un pays extra-européen. En 1998, le passage à un système binaire de recrutement a rendu à priori plus strictes les conditions d'entrée des ressortissants canadiens. En fait, « *le Canada étant un lieu de recrutement traditionnel des entreprises suisses, des conditions d'admission privilégiées ont continué à être accordées de manière informelle* » comme le stipule le protocole d'entente entre la Suisse et le Canada rédigé en 2003.

Cette souplesse est illustrée par le cas d'une agence établie dans le canton de Vaud et ayant un accord de recrutement avec le CHUV¹⁶. Celle-ci exerce un travail de recrutement au Canada depuis 1979 déjà. Les changements de politique migratoire successifs n'ont pourtant pas entravé ses activités jusqu'en 2003. A cette date, les autorités fédérales (ayant la compétence pour se prononcer sur l'octroi de permis aux non-européens) ont dans un premier temps posé un veto à cette pratique, étant donné la priorité à la communauté européenne. Les représentants du CHUV ont alors fait valoir le fait que les ressortissantes de l'Europe ne suffisaient pas à occuper tous les postes à pourvoir. Il a donc été décidé que l'agence pourrait continuer à pratiquer le recrutement au Canada, pour autant qu'elle étende ses activités aux pays européens francophones. Des succursales de cette agence ont donc été ouvertes en France, en Belgique et au Luxembourg.

En 2003, la Suisse a conclu un protocole d'entente avec le Canada. Pour les deux pays signataires, ce protocole organise d'une part la réduction du délai précédant l'octroi du statut de résident permanent et d'autre part des facilitations dans l'accès au marché du travail. Cet accès privilégié au marché du travail se limite dans le cas des Canadiens venant en Suisse à quelques catégories professionnelles, parmi lesquelles figurent les professionnels de la santé dans le secteur hospitalier¹⁷. Pour ces catégories de travailleurs, il est donc possible de venir travailler en Suisse, même s'ils proviennent d'un Etat tiers et qu'ils ne répondent pas aux critères habituels de personnes qualifiées. En fait, cet accès privilégié est notamment à comprendre comme une conception élargie de la notion de « personnel qualifié ». En revanche, n'est pas clairement établie la façon dont cet accès privilégié au marché du travail s'articule avec la priorité des travailleurs suisses et européens. En effet, le protocole ne spécifie pas si l'absence de travailleurs disponibles au sein de l'UE/AELE doit être démontrée afin de pouvoir recruter au Canada. En fait, c'est bien de cette façon que certains cantons interprètent cet « accès privilégié ». D'autres entendent par là que l'embauche d'infirmières canadiennes est possible, mais qu'un recrutement doit aussi s'opérer en Europe.

¹⁶ Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)

¹⁷ L'accès privilégié au marché du travail concerne aussi les sportifs de haut niveau, les entraîneurs sportifs, les jeunes gens au pair, les titulaires d'un diplôme universitaire sans expérience de travail, les missionnaires d'églises reconnues, ainsi que les personnes exerçant une activité dans le domaine culturel.

3.4. EFFETS DES BILATERALES SUR LA RECONNAISSANCE DES DIPLOMES

On entend par reconnaissance internationale des diplômes le fait qu'un Etat considère qu'une formation achevée à l'étranger en vue d'obtenir un diplôme est équivalente à sa propre filière de formation. La durée, le contenu et l'organisation (articulation de la théorie et de la pratique) doivent être comparables et le diplôme doit faire l'objet d'une reconnaissance officielle.

Avant 2002, les consignes étaient les mêmes pour toutes les infirmières étrangères, indépendamment de leur provenance. Afin de voir son diplôme reconnu en Suisse, une infirmière devait envoyer son dossier à la Croix-Rouge Suisse. Une première condition pour que la Croix-Rouge entre en matière était que cette personne aie son domicile en Suisse où y travaille en qualité de frontalière. Si cette condition n'était pas remplie, l'infirmière pouvait demander une lettre d'information lui indiquant si sa formation était susceptible d'être reconnue. La postulante devait aussi justifier des connaissances orales et écrites dans l'une des langues officielles. Ensuite la Croix-Rouge étudiait le dossier et évaluait la comparabilité du niveau, de la durée ainsi que de l'organisation de la formation. Dans le cas où la formation n'était pas jugée équivalente à celle ayant cours en Suisse, la personne pouvait se voir prescrire des mesures compensatoires. La Croix-Rouge indiquait si la personne devait se soumettre à des examens d'aptitude ou suivre un stage d'adaptation. Les émoluments de procédure se montaient alors à 550 francs.

Lors de l'Accord européen de Strasbourg de 1967, l'UE a décidé de résoudre le problème d'absence de concordance entre les professions par une harmonisation de la formation à l'issue de laquelle la reconnaissance internationale des diplômes doit être simplifiée. Cette simplification de la procédure est effective en Suisse depuis 2002.

Désormais, les infirmières bénéficient d'une procédure accélérée dès lors qu'elles sont détentrices d'un diplôme en soins infirmiers généraux délivré par un Etat membre de l'UE/AELE à partir de 1977 et que l'Etat a harmonisé sa formation. La procédure de reconnaissance coûte alors 200 francs aux requérantes concernées. Cette dernière consistant plutôt en une vérification de l'authenticité du diplôme, la procédure se déroule dans des délais plus courts. Un changement important est que les ressortissants de l'UE peuvent déposer une demande de reconnaissance depuis l'étranger et n'ont donc plus besoin de justifier d'un domicile en Suisse. Entre 2002 et 2006, les requérantes européennes n'avaient plus besoin de justifier de connaissances linguistiques dans l'une des langues officielles de la Suisse. Mais depuis le 1^{er} avril 2006, des connaissances correspondant au niveau B2 du Portfolio européen sont exigées.

Les ressortissantes de l'UE dont la formation a été suivie avant que celle-ci ne soit harmonisée doivent suivre la procédure normale. Les exigences linguistiques sont les mêmes que pour les bénéficiaires de la procédure simplifiée et en tant que membre de l'UE, elles profitent aussi de la possibilité de déposer leur demande depuis leur pays d'origine. Par contre, il leur en coût 550 francs et des mesures compensatoires peuvent être demandées. Cette dernière exigence est cependant assez peu fréquente, étant donné qu'elle peut être compensée par une expérience professionnelle.

Reste le cas des dix derniers pays membres de l'UE. Dès 2006, les ressortissants de ces pays peuvent déposer une demande depuis leur Etat d'origine. Ces pays n'ayant pas encore harmonisé leur formation, c'est la procédure normale à 550 francs qui est suivie, laquelle peut être assortie de mesures compensatoires.

Partie 4

La pénurie d'infirmières

Une consultation des chiffres concernant les infirmières étrangères travaillant en Suisse depuis les années '70 permet de constater que cette main-d'œuvre a toujours constitué une part importante du personnel infirmier. Les autorités cantonales ainsi que les représentants des hôpitaux s'accordent pour dire que depuis fort longtemps, voire de tous temps, le secteur s'est trouvé en situation de pénurie. En fait, l'insuffisance du seul personnel suisse est une constante depuis le siècle dernier. Dès lors, ce qui définit la force de la pénurie, c'est le degré de difficulté à compléter les effectifs par du personnel étranger.

Tableau 2 : Part de personnel infirmier étranger en Suisse (permis B et C) ¹⁸

	1970	1980	1990	2000
Suisses	24'666	28'307	49'224	47'227
Etrangers	6'178	7'368	15'448	12'606
Total	30'844	35'675	64'672	59'833
Part de personnel infirmier étranger	15,9%	14,1%	16,4%	19,3%

Source: OFS

Durant les 40 dernières années, la facilité avec laquelle ce personnel étranger a été trouvé a été très variable selon les lieux et moments. Se sont ainsi succédées des périodes de pénurie dite « grave » et des périodes de pénurie modérée. Mes interlocuteurs ont peiné à me donner des périodes précises où le manque de personnel infirmier se faisait le plus sentir, mentionnant la grande variabilité du phénomène. En fait, certains employeurs attribuent un caractère cyclique à la pénurie d'infirmière, celles-ci apparaissant au gré des fluctuations de l'offre et de la demande.

On notera toutefois que les années '80 sont apparues comme celles où la pénurie s'est le plus généralisée et intensifiée, ce qui se comprend aisément lorsque l'on constate que le personnel infirmier total a presque doublé entre 1980 et 1990, passant de 35'675 à 64'672 personnes¹⁹. Des difficultés prononcées de recrutement ont aussi été évoquées concernant le début des années '90 ainsi qu'au début de cette décennie.

4.1. LES DIFFERENTES FORMES DE PENURIE

On peut parler de la pénurie comme d'un état général. La meilleure façon de comprendre ce phénomène est de voir les différentes façons dont il se manifeste. Ici sont donc recensés les multiples cas de figure qui m'ont été rapportés où les employeurs ont éprouvé une pénurie d'infirmières.

LIEE A UNE AUGMENTATION BRUSQUE DE LA DEMANDE

Les périodes où la pénurie était la plus prononcée correspondent le plus souvent à celles où des hausses brusques sont apparues dans la demande de personnel infirmier. Ce fut par exemple le cas en 1972 à Fribourg lors de l'ouverture de la nouvelle structure hospitalière,

¹⁸ Est compris comme personnel étranger les infirmières titulaires d'un permis B ou C. Les titulaires d'un permis frontalier (G), de stagiaire (L) ou de courte durée (L) ne sont par contre pas comprises dans ces chiffres. La part de personnel étranger réelle est donc encore supérieure aux chiffres présentés ci-dessus.

¹⁹ Il est à noter que cette croissance est en partie due à l'augmentation de personnes travaillant à temps partiel.

ou en 2003 à Lausanne, lorsque le temps de travail du personnel a été diminué. Les variations concernant l'offre de travailleurs étrangers sont aussi essentielles dans l'apparition d'une pénurie, mais il s'agit là d'un élément moins vérifiable.

PENURIE DE TRAVAILLEURS TEMPORAIRES

Une forme de micro-pénurie doit aussi être considérée. Il s'agit de pénuries ponctuelles dues principalement aux départs imprévisibles de personnel, que ce soit pour des motifs médicaux ou personnels. L'employeur peut alors éprouver des difficultés à remplacer ce personnel dans des délais satisfaisants. C'est surtout dans ce type de situation que les hôpitaux font recours à des agences de location de service, embauchant par ce biais du personnel temporaire. Si aujourd'hui ces agences peuvent recruter librement des infirmières sur l'ensemble du territoire européen et les faire travailler sans délai en procédant à une annonce IMES, les conditions étaient beaucoup plus strictes avant 2002. Les agences ne pouvant proposer que des infirmières disposant déjà d'une autorisation de travail, le nombre de personnes à disposition s'en trouvait fortement limité.

PENURIE LIEE AU DELAI D'OCTROI DE PERMIS

Avant l'entrée en vigueur des bilatérales, des « micro-pénuries » pouvaient aussi être causées par le délai précédant l'octroi de permis de travail de la part des autorités cantonales. Ce décalage s'explique notamment par l'exigence faite aux hôpitaux d'apporter la preuve qu'ils n'ont pas été en mesure de repourvoir le poste vacant par du personnel indigène. Cette procédure retardant la prise de poste effective d'infirmières étrangères, les hôpitaux se sont parfois retrouvés en difficulté.

PENURIE D'INFIRMIERES SPECIALISEES

Parallèlement aux besoins variables d'infirmières en soins généraux s'est aussi installée une pénurie accrue d'infirmières spécialisées telles que les infirmières en soins intensifs ou les infirmières en salle d'opération. Tous les acteurs interrogés relèvent ainsi une forte pénurie, laquelle signifie une difficulté à trouver le personnel tant sur le sol suisse que sur le plan international. Aujourd'hui, ces spécialités font l'objet de directives spéciales permettant de recruter des infirmières à travers le monde entier. Il a néanmoins fallu, avant que cette mesure ne soit prise, un temps d'attente durant lequel la pénurie a été des plus intenses. Un interlocuteur issu des autorités cantonales note à ce sujet que :

« Le problème, c'est que le marché du travail évolue beaucoup plus rapidement que n'évolue l'adaptation des directives par Berne. Donc, souvent, on se retrouve dans des périodes où, entre les besoins du marché et l'adaptation au niveau des directives et autres, il s'écoule un certain temps où il y a effectivement des problèmes qui peuvent être rencontrés par des établissements. »

PENURIE SELON LES REGIONS

La difficulté à pourvoir les postes au sein des hôpitaux a aussi été présentée comme différenciée selon le canton en question. Trois facteurs ont été amenés pour expliquer ces différences à propos de l'offre d'infirmières. Il s'agit du salaire, du caractère frontalier ainsi que du degré d'urbanisation.

Le salaire est un élément essentiel dans l'attrait de la Suisse pour les étrangers. Même si les déductions salariales, l'imposition, le coût de la vie et les frais liés à une prise d'emploi à l'étranger ne sont pas à occulter, l'attrait financier reste un argument déterminant de la migration. Cependant, il serait approximatif de se limiter à une simple comparaison interétatique. En Suisse, chaque canton fixe un barème, lequel définit le salaire minimum pour ce qui est des institutions publiques. Le salaire d'une infirmière varie donc d'un canton à l'autre. Je n'ai pas réussi à établir une liste des différents salaires selon les cantons. Les salaires ne sont d'ailleurs pas toujours comparables en raison par exemple des différences concernant les indemnités. Cependant, on peut dire que le canton de Vaud apparaît comme le moins attractif à cet égard. Le Jura et Neuchâtel sont considérés comme conformes à la norme. Les cantons réputés pour être les plus avantageux sont Fribourg et Genève. Cet ordre n'est cependant pas ancien, la plupart des cantons ayant révisé leur barème dans une période assez récente. En fait, la mobilité des infirmières suisses est considérée comme passablement restreinte et les travailleurs étrangers n'ont pas forcément connaissance des variations cantonales. Il en ressort surtout l'attrait que représente Genève à l'égard des étrangers. La ville/canton cumule en effet des avantages salariaux et la caractéristique frontalière. Cette condition serait relativement bien connue des travailleurs étrangers, lesquels postulent massivement au sein des institutions genevoises. On peut rappeler ici les quelques deux milles candidatures en attente aux HUG²⁰.

Pour un canton, le fait d'être frontalier permet d'amplifier les avantages salariaux de la Suisse et de se rendre plus attractif à l'égard des étrangers. Cette particularité permet aussi d'atténuer les différences de salaire cantonales. Ainsi, tous les cantons romands à l'exception de Fribourg bénéficient dans une certaine mesure d'un avantage important sur les cantons « internes ». Cependant, même si le canton est frontalier, une ville comme Lausanne ne profite pas forcément d'une main-d'œuvre frontalière. Plutôt que d'analyser la situation en termes de canton, il s'agit donc plutôt de voir la distance à la frontière. Par exemple, le pourcentage d'infirmières frontalières travaillant à la Résidence des Cerisiers (Charmoille, Jura) s'élève à 86%, alors que l'Hôpital du Jura bernois ne compte que 3% de frontalières²¹. Il faut ici rappeler que depuis 2002, le bassin frontalier s'est ouvert à toute l'Europe puisque depuis cette date, n'importe quel ressortissant de l'UE peut s'installer en zone frontalière et prendre un emploi en Suisse. Ce changement rend les institutions proches de la frontière plus accessibles et tend à les mettre hors du risque de pénurie.

Un dernier élément avancé pour expliquer l'attrait de certaines régions au détriment d'autres est le degré d'urbanisation. D'une part, les infirmières étrangères connaissent plus facilement l'existence de villes telles que Genève ou Lausanne, étant donné leur notoriété. D'autre part, il semblerait que les infirmières enclines à la migration soient plus attirées par les grandes villes, notamment par le dynamisme culturel qui peut y être associé. Selon ce critère, des cantons tels que le Jura ou le Valais sont les grands perdants et peuvent rencontrer plus de difficultés à attirer des infirmières, suisses ou étrangères. Ce type de canton peut cependant attirer une autre forme de migration, par exemple celle des familles à la recherche d'un cadre de vie paisible plutôt que de l'effervescence de la grande ville.

PENURIE SELON LES INSTITUTIONS

Les employeurs interrogés représentaient tous des hôpitaux. Toutefois, le marché du travail des infirmières ne se limite pas à ces établissements. On peut globalement inscrire les

²⁰ HUG : Hôpitaux Universitaires de Genève

²¹ Ces chiffres sont issus d'une « Enquête sur le personnel infirmier français travaillant dans l'Arc jurassien suisse », 2006, CTJ. Il faut toutefois considérer l'attrait différencié d'un home médicalisé et d'un hôpital pour les infirmières suisses pour comprendre la réelle valeur de ces chiffres.

autres types d'institutions dans les catégories de cliniques privées et de homes pour personnes âgées. Alors qu'actuellement les offres spontanées seules permettent aux hôpitaux de pourvoir tous les postes, la situation semble être différente pour les autres institutions.

Les représentants des agences de placement m'ont affirmé avoir plus de demandes de personnel fixe de la part des EMS que des cliniques privées, et presque pas de la part des hôpitaux. Il semblerait donc que le travail auprès des personnes âgées soit de façon générale moins attractif pour une infirmière. Cela peut s'expliquer par le fait que ce type d'emploi ne satisfait qu'à la dimension humaine de la profession infirmière, au détriment de la dimension technique. Les soins dispensés aux personnes âgées s'apparenteraient aussi plus à du « nursing²² », ce qui ne correspond pas forcément aux attentes professionnelles des infirmières. Cette forme de disgrâce dont font l'objet les homes peut aussi s'expliquer par l'attitude des employeurs, lesquels rechignent à embaucher une infirmière issue d'un tel établissement, par crainte qu'elle ne maîtrise pas les gestes techniques. En connaissance de cette situation, certaines infirmières hésiteraient à travailler dans un home, de peur de se faire « griller ». A cela il faut ajouter que les EMS souffrent souvent du double défaut du contenu du travail et de la localisation. Ce type d'institution se trouve effectivement plus fréquemment à la campagne que les hôpitaux cantonaux. Certaines institutions cumulant ces désavantages sont ainsi connues des agences de placement pour être « impossibles à y caser des candidates ».

Concernant les cliniques privées, elles se distinguent par leurs activités, mais aussi par leur mode de gestion. S'il n'est pas possible d'affirmer qu'une infirmière est plus ou moins bien rémunérée dans le privé que dans le public, les conditions de travail peuvent faire la différence. Ce type d'établissement connaît en effet des horaires plus réguliers et le travail de nuit y est moins fréquent puisqu'il n'y a pas d'entrée de patients. Mais selon les représentants des agences de placement, l'attrait de ce type d'institution serait équivalent à celui des hôpitaux. Par contre, la forme du recrutement peut être influencée par le mode de gestion des établissements privés. Ces derniers se montreraient particulièrement rigoureux au niveau des finances et chercheraient plus à recruter par eux-mêmes que par le recours à une agence dont il faudrait monnayer les services.

4.2. ACTUELLEMENT, UNE PLETHORE DE L'OFFRE D'INFIRMIERES DANS LES HOPITAUX

Concernant la période durant laquelle se sont déroulés mes entretiens, à une exception près, les hôpitaux ont tous démenti l'idée d'une pénurie d'infirmières dans leur établissement. Cela signifiait en fait que le personnel suisse n'était pas suffisant, mais que le nombre de candidatures spontanées provenant de l'étranger était tel que celles-ci suffisaient largement à fournir les effectifs nécessaires, aboutissant ainsi à une pléthore d'offres spontanées. Le cas de l'hôpital du HUG, bien que particulier, est à cet égard éloquent, puisque ce sont entre deux milles et trois milles candidatures spontanées d'infirmières qui y arrivent chaque année. Il faut cependant préciser que cette affirmation de pléthore n'est à attribuer qu'aux seuls hôpitaux contactés, et qu'elle ne concerne pas les autres types d'établissements médicalisés tels que les EMS.

²² Ce terme anglais décrit la profession infirmière. Il fait surtout référence à l'idée de procurer des soins et de l'attention aux patients.

LES RAISONS DE LA PLETHORE D'INFIRMIERES

Les restrictions budgétaires

Depuis le début des années '90, le secteur hospitalier est l'objet de mesures d'économies. Ces mesures prennent leur origine d'une part dans la crise des finances des collectivités publiques, celles-ci participant au subventionnement des hôpitaux. A cela s'est ajoutée l'introduction de la loi sur l'assurance maladie (LAMal) en 1996. Cette loi visait notamment une stabilisation des dépenses de la santé, soumettant ainsi les hôpitaux à des restrictions budgétaires. Ces restrictions budgétaires se traduisant par exemple en raccourcissement de la durée d'hospitalisation (Genève) ou par des restrictions sur les effectifs, les besoins en personnel infirmier ont été diminués. C'est par exemple ce qui s'observe pour le canton du Jura, où la mise en œuvre du plan hospitalier - ordonné par la LAMal - a abouti à une réduction d'une trentaine de postes d'infirmières.

La diminution du taux de rotation

Si les besoins en recrutement sont moins importants, c'est aussi parce que depuis les années '70, le taux de rotation du personnel a fortement baissé. Ainsi à Lausanne, le roulement était d'environ 40% dans les années '70. Il a baissé à 20% dans les années quatre-vingt pour finalement se situer aujourd'hui à environ 10%. Le même taux de rotation est observé à Fribourg, produit d'une baisse progressive. C'est aussi le cas de Genève, où le roulement atteignait 35% il y a encore quelques années.

Cette baisse du taux de rotation du personnel s'explique notamment par l'allongement de la vie professionnelle de l'infirmière. Plusieurs de mes interlocuteurs ont démenti le discours ambiant selon lequel la durée de vie professionnelle d'une infirmière était de cinq années. Bien qu'acceptant l'idée que peu d'infirmières partaient à la retraite à l'âge légal, les personnes interrogées ont plutôt affirmé une tendance à l'allongement de la vie professionnelle. Une autre explication avancée à la diminution du taux de rotation est l'insécurité de l'emploi. Alors que dans la période précédente, il suffisait de se présenter dans un hôpital pour être engagée sur le champ, l'époque actuelle semble beaucoup moins ouverte. Cette crainte de ne pas retrouver aussi facilement un emploi peut ainsi dissuader un certain nombre de personnes de quitter leur poste.

L'instauration du temps partiel

La généralisation de la possibilité offerte aux infirmières de travailler à temps partiel semble aussi être un élément qui, en retenant le personnel au travail, a calmé la pénurie. En tant que profession typiquement féminine, les sorties d'activité pour cause de maternité ou d'éducation amputent largement le personnel à disposition. Mais en permettant aux infirmières d'exercer leur activité à temps partiel, bon nombre d'entre elles semblent avoir pu être retenues en poste. Les différents hôpitaux ont ainsi baissé le taux d'activité à un minimum de 20 à 50% selon le degré d'ouverture souhaitée. Dans le cas de Fribourg, cette mesure visait explicitement à pallier au problème de la pénurie, mais actuellement, il semblerait que les demandes de temps partiel soient en diminution.

L'ouverture d'écoles de soins infirmiers

L'explication de base de la pénurie d'infirmières est que le nombre d'entre elles formées en Suisse est insuffisant. Mes interlocuteurs m'ont aussi souvent affirmé que les infirmières suisses étaient peu mobiles et travaillaient relativement peu hors de leur canton. Dès lors, l'existence d'une école formant des infirmières dans le canton est un élément qui va être essentiel pour déterminer le nombre d'infirmières disponibles pour travailler dans un hôpital. Ainsi, pour autant que des étudiantes se présentent, l'ouverture d'une école ou l'augmentation du nombre de places disponibles peut avoir pour effet de fortement soulager les hôpitaux dans leurs efforts de recrutement. C'est par exemple le cas de l'hôpital de Porrentruy, qui s'est vu assurer l'arrivée d'une vingtaine d'infirmières par année lorsque l'école des soins infirmiers du canton a élargi sa formation aux infirmières en soins généraux au début des années '90. Les hôpitaux sont effectivement les premiers bénéficiaires de l'arrivée de nouvelles diplômées, car ils sont un terrain de stage privilégié, et il semblerait en outre que les jeunes infirmières soient souvent intéressées à postuler dans leur lieu de stage.

L'effet des bilatérales

Tant du côté des employeurs que de celui des agences de placement, il a été constaté une recrudescence d'offres spontanées ou de candidatures au placement depuis l'entrée en vigueur des bilatérales. L'explication avancée est celle d'un changement dans les mentalités provoqué par la levée des barrières légales. Les gens seraient de façon générale plus enclins à voyager à l'étranger. La possibilité de venir travailler en Suisse apparaîtrait actuellement comme plus évidente. Ce phénomène est corroboré par les chiffres concernant le nombre de diplômes étrangers reconnus, puisqu'on constate qu'il est passé d'environ 1'200 à plus de deux milles entre 2001 et 2002, témoignant pour le moins de la prise en considération de l'idée de travailler en Suisse.²³

Une seule agence de placement m'a affirmé avoir plutôt constaté une diminution du nombre de candidates étrangères. L'explication donnée était que celles-ci préféreraient travailler en France en raison du régime des 35 heures. Mais, au vu de la croissance du nombre de candidatures dans les autres agences, on peut avancer que les infirmières françaises expriment plus leurs préférences quant à leur lieu de travail dans leur choix d'agence de placement. Cette hypothèse est légitimement posée, car l'aire de placement de l'agence éprouvant des difficultés de recrutement recouvre l'arc jurassien, région rencontrant habituellement plus de difficultés à attirer des infirmières, suisses ou étrangères.

La portée d'Internet

Les personnes s'occupant du recrutement dans les hôpitaux m'ont affirmé avoir constaté une augmentation du nombre de postulations spontanées avec la création d'un site Internet consacré à l'institution. Ce nouveau média permet aux hôpitaux de se présenter, l'internaute pouvant ainsi situer l'institution et voir en quoi consistent précisément ses activités. Les postes vacants figurent aussi dans une rubrique, mais bon nombre de candidatures ne répondent pas spécifiquement à une annonce d'emploi. Déclenchant un nombre plus important de candidatures, l'apparition des sites Internet aurait donc provoqué un changement quantitatif, mais aussi qualitatif, puisqu'il m'a été affirmé que l'aire de provenance de ces postulations était plus étendue que celle des postulations traditionnelles.

²³ Depuis qu'il est possible de faire reconnaître son diplôme depuis l'étranger pour les pays de l'UE, une reconnaissance de diplôme ne signifie pas forcément que la personne prend un emploi en Suisse.

Partie 5

Les critères de choix du pays de recrutement

Lorsqu'un employeur embauche une infirmière étrangère pour venir travailler en Suisse, outre les modalités administratives, il est confronté à des spécificités différentes du personnel suisse, ou ayant effectué sa formation en Suisse. Dans le choix du pays dans lequel il va effectuer le recrutement, l'employeur soupèse alors ces différentes caractéristiques et les évalue de façon à choisir le personnel le plus adapté à l'institution. Cependant, l'employeur n'effectuera pas de recrutement actif dans un pays, aussi compétentes ses infirmières soient-elles, si une offre provenant d'autres pays existe et qu'elle peut fournir le personnel nécessaire. On dira donc que l'employeur, dans ses choix de pays de recrutement, opère une combinaison entre le personnel le meilleur et le personnel le plus accessible possibles.

5.1. LA LANGUE

Le critère linguistique est un facteur essentiel et cité comme prioritaire dans le choix du pays de recrutement. Dans le cas de la Suisse romande, il s'agira donc de choisir un personnel francophone ou du moins ayant une bonne maîtrise du français. L'importance de ce facteur tient tant à la dimension humaine que technique de la profession. En effet, la relation avec le patient requiert une aisance à communiquer avec ce dernier. De plus, des contraintes sécuritaires impliquent que l'infirmière communique sans difficulté, afin de ne pas risquer de causer des dommages en pratiquant des actes techniques erronés.

Cependant, si un recrutement de personnes parlant français s'avère vraiment impossible, l'engagement de personnes ne parlant pas ou mal la langue devient alors envisageable pour certains employeurs, d'autres préférant ne pas pourvoir le poste que de l'attribuer à quelqu'un ne parlant pas la langue. Des mesures telles que l'organisation de cours de langue peuvent alors être entreprises. Une telle initiative a par exemple été prise dans le cas des infirmières uruguayennes (années '80)) en Suisse romande ou indiennes en suisse alémanique. Cependant, l'apprentissage de la langue est progressif, et ce type de situation reste très problématique dans l'exercice de la profession. Le recrutement d'infirmières non francophones est donc une mesure tout à fait exceptionnelle qui n'a été prise que lors de périodes de pénurie exacerbée où les infirmières étrangères francophones ne se rendaient pas disponibles. Dans la période où mes entretiens ont été menés, en Romandie, tout recrutement d'infirmières en soins généraux ne maîtrisant pas très bien la langue française était exclu. De la même façon, la Suisse alémanique axe prioritairement son recrutement sur l'Allemagne. L'intercompréhension entre l'allemand et le dialecte suisse-alémanique n'est pas pour autant toujours aisée.

La conscience de cette rigueur de la part des employeurs amène les recruteurs des agences de placement à être plus stricts encore à l'égard des exigences linguistiques. Si l'employeur peut choisir à un moment donné d'élargir ses critères de recrutement, une agence de placement se doit d'offrir le meilleur candidat possible avec une maîtrise correcte de la langue. Ceci est d'autant plus vrai que la concurrence entre les agences de placement est très forte. A cet égard, l'aire de recrutement d'une agence de placement est plus limitée que celle d'un hôpital.

L'employeur transigera par contre plus facilement sur le critère linguistique pour les spécialisations plus axées sur les dimensions techniques. C'est le cas des infirmières en soins intensifs ou en salle d'opération. Pour ces domaines, le recrutement a été ouvert plus volontiers aux pays anglophones tels que l'Angleterre ou l'Irlande, l'anglais étant une langue généralement maîtrisée par les médecins travaillant dans ces services. Plus généralement, ce type de poste a pu être pourvu à toute personne maîtrisant au moins la langue anglaise, ce qui peut aussi inclure - dans les exemples qui m'ont été rapportés - des Espagnoles ou des Norvégiennes. Mais si cette solution est admise en l'absence alternatives, elle n'est pas pour

autant pleinement satisfaisante pour les employeurs, lesquels regrettent que la communication au sein des équipes soit tout de même lacunaire.

5.2. LA CAPACITE D'ADAPTATION DE L'INFIRMIERE

Le second critère qui m'a souvent été cité dans la préférence pour la provenance de l'infirmière est celui de l'adaptabilité de l'infirmière. Cette caractéristique se définit selon plusieurs échelles : locale, régionale ou nationale. La question de l'adaptation de l'infirmière se décline en fait selon les quelques critères énoncés ci-dessous.

Sur le plan strictement local, la question de l'adaptation va se poser selon la région de provenance d'une infirmière française. Dans le discours des employeurs et des agences de placement, on distingue principalement les clivages Nord-Sud et rural-urbain. On dira qu'un premier tri s'effectue au stade de l'offre, puisque les postulations d'infirmières venant du sud de la France sont moins nombreuses. Mais l'employeur lui-même montre parfois une certaine réticence à engager une personne du sud de la France, de peur que celle-ci ne s'acclimate pas. Du moins, il cherchera à bien conscientiser la postulante du changement de climat. Quant à la dichotomie rural/urbain, elle intervient surtout au niveau des agences de placement, lesquelles vont tenter de placer les candidates dans un canton plus en adéquation avec leur milieu d'origine, sauf demande expresse de leur part. De cette façon, l'agence peut avoir une fonction de distribution optimale de la migration en termes de compatibilité de l'infirmière avec son environnement futur.

A une échelle plus large, l'adaptabilité peut s'entendre à un sens « culturel ». Ici sont considérées les caractéristiques propres à chaque pays et la compatibilité avec la « mentalité » suisse. Il s'agit en fait de stéréotypes nationaux construits sur la base de l'expérience du recrutement à l'étranger. Il n'est guère possible ni souhaitable de réaliser un classement des nationalités préférées des employeurs. On notera cependant la popularité des infirmières belges et canadiennes. Les premières sont appréciées pour leur mentalité considérée comme proche de la mentalité helvétique. Les secondes sont prisées pour leur dynamisme et leur accent sympathique. Les Françaises sont considérées comme proches des Suisses et compatibles avec leur mentalité, mais seraient plutôt critiquées pour leur côté « revendicateur ». Cette prise en compte de la dimension culturelle doit aussi être comprise comme une recherche de « proximité culturelle », puisque l'employeur aussi montre une réticence à embaucher une personne venant d'un pays trop éloigné. C'est d'ailleurs sur la base de ce critère qu'a été écarté le projet de recrutement aux Philippines d'un canton romand²⁴.

Si l'employeur est attentif à la question de la compatibilité culturelle et de l'adaptation de l'infirmière étrangère à son nouvel environnement de travail, c'est parce qu'une infirmière souffrant de dépaysement est plus susceptible de quitter son poste de façon prématurée. Cela occasionne des frais importants pour l'infirmière ayant déménagé afin de venir travailler en Suisse ainsi que pour l'employeur, qui est confronté à de nouveaux frais de recrutement. Il est donc tout à l'avantage de ce dernier d'être attentif à l'adaptabilité de l'infirmière. Les agences de placement elles-mêmes considèrent cet aspect, car seule la satisfaction de l'employeur permet de se voir octroyer de nouveaux contrats.

La dimension culturelle intervient encore d'une dernière façon. Il s'agit en quelque sorte des qualités concernant l'attention et la capacité à prodiguer des soins qui sont attribuées aux ressortissantes de certains pays, tels que l'Inde ou les Philippines. Dans ce cas,

²⁴ Pour des raisons de confidentialité, le canton dont il est question n'est pas précisé. Il faut préciser que cette idée fut abandonnée avant même d'en être arrivé au stade de projet. On peut dire que l'idée a été évoquée, étudiée et rejetée.

le fait qu'il s'agisse d'une culture « éloignée » n'est pas problématique puisque ce sont des qualités qui sont particulièrement appréciées des employeurs dont il s'agit. Cette situation concerne cependant plutôt les établissements travaillant avec des personnes âgées, mais pas exclusivement.

Il ne faut cependant pas surestimer l'importance de la question culturelle dans le choix du pays de recrutement. Cet aspect intervient surtout dans la satisfaction de l'employeur, mais ne saurait suffire à justifier le choix d'un pays comme zone de recrutement. Ce critère peut néanmoins intervenir dans la préférence d'une candidature à une autre.

5.3. LA PHILOSOPHIE DES SOINS

Bien que l'enseignement des infirmières ait connu une harmonisation sur le plan européen, des différences substantielles n'en demeurent pas moins. L'harmonisation porte en effet sur le nombre d'heures d'enseignement, mais pas sur leur contenu. La philosophie des soins va donc sensiblement différer selon les pays. La philosophie des soins peut être comprise comme la façon d'appréhender la santé et le patient. C'est elle qui inspire la façon dont est pratiqué le métier d'infirmière, le « mode de fonctionnement ». L'avantage de recruter une infirmière partageant la même philosophie des soins est donc qu'elle va plus rapidement s'intégrer dans un service et dans son organisation, le temps d'adaptation est en quelque sorte réduit. A cet égard, le Canada apparaît à nouveau comme un pays privilégié. La Belgique est aussi présentée comme un pays où la philosophie des soins est très proche de celle de la Suisse.

A cet égard, les agences de placement jouent aussi un rôle important, puisqu'une partie de leurs tâches consiste à se rendre dans les institutions afin de prendre connaissance des conditions de travail et de la façon dont est appliquée la philosophie des soins.

Cette dernière caractéristique ne doit pas être surestimée non plus. De la même façon que la question de l'adaptabilité, ce critère ne va pas ouvrir ou fermer la porte à une infirmière : il va plutôt susciter une plus ou moins grande propension de la part de l'employeur à engager une infirmière. Toutefois, cette caractéristique a été avancée pour expliquer le choix du Canada comme pays de recrutement du CHUV à la fin des années '70.

5.4. LA FORMATION

Certains pays sont connus pour la qualité de la formation qui y est délivrée, et leurs ressortissantes peuvent être particulièrement attrayantes pour l'employeur. On distingue dans un premier temps les pays où un seul programme d'études permet de devenir infirmière des autres pays où les voies d'accès à la profession sont multiples. Lorsqu'il n'existe qu'un type de formation, celui-ci exige en général que l'étudiante soit titulaire d'un baccalauréat. C'est par exemple le cas des Philippines, du Danemark, de l'Irlande, de la Nouvelle-Zélande ainsi que de l'Espagne. Les formations espagnole et uruguayenne sont passées au niveau universitaire dans les années '80, ce qui permet à ces pays de préparer des infirmières qui sont considérées comme très compétentes. L'avantage des ressortissantes de ces pays est que l'employeur peut d'office savoir quel type de formation l'infirmière a suivi.

D'autres pays proposent deux niveaux de scolarité pour accéder à la profession infirmière. C'est par exemple le cas de la Belgique et du Canada. En ce sens, il n'est pas possible d'attribuer une qualité de formation à un pays. Quoi qu'il en soit, les infirmières belges et canadiennes bénéficient d'un grand crédit auprès des employeurs.

Des différences ont aussi été mentionnées quant à la maîtrise des gestes techniques que doit opérer une infirmière. La formation allemande semble quelque peu problématique à cet égard, car certains actes tels que la prise de sang, qui sont réalisés par les infirmières en Suisse le sont par les médecins en Allemagne. Lorsqu'un employeur veut embaucher une infirmière allemande, il doit donc s'assurer que celle-ci sera à même d'accomplir toutes ses tâches. Le cas échéant, des semaines de formation ont été organisées afin de mettre à niveau les infirmières allemandes avant la prise d'emploi. Par ailleurs, il semblerait que les dirigeants allemands aient pris conscience de cette lacune et aient eux-mêmes mis au point des compléments de formation à l'égard des infirmières souhaitant immigrer. A l'opposé, la France a été présentée comme un pays dont la formation était particulièrement complète sur le plan technique. Alors qu'une infirmière suisse va principalement apprendre ces actes lors de stages et de ses premiers emplois, l'infirmière française serait opérationnelle dès sa sortie de l'école.

Comme me l'ont aussi rappelé certains de mes interlocuteurs, il serait erroné de penser que les pays plus « éloignés » délivrent des formations de moindre qualité ou très différentes de celles ayant cours en Suisse. Par exemple, certains pays, en tant qu'anciennes colonies, ont conservé les formations délivrées sous le régime précédent. C'est par exemple le cas de l'Inde dont la formation d'infirmière découle des méthodes anglaises.

5.5. LA RECONNAISSANCE DES DIPLOMES

En tant que métier dont l'exercice non adéquat risque de mettre en danger la vie d'autrui, la profession infirmière est très réglementée. La reconnaissance du diplôme étranger par la Croix-Rouge suisse a donc a priori pour but d'assurer que l'infirmière étrangère ne représente pas un danger pour les personnes soignées. D'un point de vue géographique, l'exigence d'une reconnaissance du diplôme permet une ouverture différenciée aux infirmières étrangères selon leur pays d'origine. Cela est dû d'une part aux différentes lois régissant le processus et d'autre part à la pratique des acteurs que sont les employeurs, ainsi que les autorités cantonales. On distinguera en fait deux types de situations.

La première situation est celle où le diplôme étranger est « connu » de la part de l'employeur ou des autorités cantonales, dans le cas où une autorisation de pratique est nécessaire. Ce cas de figure touche principalement les pays européens et le Canada, qui est un pays traditionnel de recrutement de personnel infirmier. Pour les diplômés de ces pays, la reconnaissance même du diplôme n'est parfois même pas exigée par l'employeur. En fait, l'absence de ce titre peut amputer le salaire de l'infirmière de quelques centaines de francs, ce qui l'incite à procéder d'elle-même à la reconnaissance de son diplôme. Dans certains cantons, il est cependant nécessaire de se voir délivrer une autorisation de pratique par le médecin cantonal afin d'exercer, et dans ce cas, la reconnaissance du diplôme est un passage obligé. Avant que soit levée la contrainte de résidence en Suisse fixée par la Croix-Rouge, cette exigence a donné lieu à des situations quelque peu saugrenues, notamment dans le canton de Genève. La reconnaissance du diplôme était nécessaire afin d'obtenir une autorisation de pratique, alors que l'autorisation de pratique elle-même était nécessaire pour travailler et donc habiter en Suisse afin de déposer une demande de reconnaissance du diplôme. Cette rigueur a semble-t-il donné lieu à des blocages entravant l'embauche de personnel étranger. Dans le cas de Genève, il faut cependant noter que l'hôpital cantonal octroie lui-même les autorisations de pratique et que les obstacles évoqués ont donc plutôt affecté les autres types d'institutions.

La seconde situation concerne les pays dont le diplôme n'est pas familier et où le recrutement est plus exceptionnel. A l'exception des dix nouveaux pays membres (dont la formation n'est pas encore harmonisée au niveau européen), les ressortissants des pays

concernés ne sont pas autorisés à demander une reconnaissance de leur diplôme depuis leur pays d'origine en raison de la contrainte de résidence en Suisse. Dans ce cas, l'employeur va alors demander à la CR une feuille d'information à propos du diplôme dont il est question. Si la personne travaillant au service de reconnaissance des diplômes que j'ai interrogée m'a clairement expliqué que cette feuille d'information ne devait pas être considérée autrement qu'à titre indicatif et que seule la reconnaissance du diplôme avait une réelle validité, la lettre d'information n'en demeure pas moins dans la pratique le préavis qui va autoriser ou non l'embauche, l'octroi de permis et finalement la migration. Car dans ce type de situation, il est globalement accepté que la personne fasse reconnaître son diplôme en cours d'emploi.

La lettre d'information est aussi un outil de connaissance de la formation délivrée dans un pays dans la perspective d'un recrutement ultérieur. C'est par exemple la pratique à laquelle a eu recours le CHUV pour se renseigner au sujet de la formation en Pologne. Un recrutement n'y est actuellement pas à l'ordre du jour, mais si les filières traditionnelles de recrutement devaient s'avérer insuffisantes, l'hôpital saurait s'il est envisageable de recruter dans ce pays. A nouveau, on constate que la Croix-Rouge est en mesure de délivrer des informations sans pour autant que la démarche de reconnaissance n'aboutisse.

La reconnaissance du diplôme n'est donc pas la source d'information exclusive concernant la capacité d'une infirmière à prendre un poste en Suisse, l'employeur pouvant en référer à sa propre expérience. Si le cas présenté est nouveau pour ce dernier, la reconnaissance du diplôme n'est pas non plus la certification permettant l'accès au travail en Suisse, la lettre d'information semblant constituer à cet égard ce rôle de garantie. La reconnaissance peut par contre être considérée comme un outil d'ouverture ou de fermeture, en facilitant ou non les démarches selon le pays d'origine pour une personne désirant travailler en Suisse. De plus, dans le cas du canton de Genève, l'exigence d'une autorisation de pratique tend tout de même à renforcer le rôle de la reconnaissance du diplôme comme condition d'entrée en Suisse.

Tableau 3 : Nombre de reconnaissances de diplômes effectuées par la Croix-Rouge suisse entre 1993 et 2004

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Infirmières en soins généraux	?	?	?	?	?	?	?	927	1152	1866	1905	1458
Ensemble des titres reconnus²⁵	1558	1483	1338	1479	1539	1279	977	1297	1520	2484	2594	2102
Titres provenant de pays de l'UE ²⁶	959	1075	1011	1080	1067	913	826	1080	1215	2030	2118	1672
Titres provenant de pays autres que l'UE	599	408	327	399	472	366	151	217	305	454	476	430
% UE	61.55	72.49	75.56	73.02	69.33	71.38	84.54	83.27	79.93	81.72	81.65	79.54

Source : Statistiques CRS 200

Les statistiques portant sur la reconnaissance des diplômes constituent dans un premier temps un indicateur de la demande de personnel étranger. On a enregistré une baisse relativement constante du nombre de reconnaissances entre 1993 et 1999. On constate ensuite une reprise à partir de 2000. En 2002 apparaît une forte poussée dans le nombre de reconnaissances effectuées. Selon l'interprétation de la représentante de la CR interrogée, cette poussée s'explique par la possibilité récente de faire reconnaître son diplôme de l'étranger pour les ressortissants de pays de l'UE ayant harmonisé leur formation. Ces chiffres

²⁵ Cette catégorie comprend les diplômes reconnus au sein des professions soignantes : aide-soignante, infirmière, sage-femme, ambulancier.

²⁶ En raison de données disponibles limitées, sont compris dans les pays de l'UE : Allemagne, France, Italie, Pays-Bas, Belgique, Espagne, Autriche et Finlande.

exceptionnels se limitent d'ailleurs à deux années (2002 et 2003) avant de diminuer, même si l'on constate que les chiffres de 2004 restent élevés. Cette nette augmentation depuis 2002 nous indique donc que le nombre de personnes évoquant l'idée de venir travailler en Suisse est passablement important, même si toutes ne vont pas forcément entreprendre des démarches concrètes dans ce sens. Il est surprenant de constater que la forte augmentation de reconnaissances de diplômes européens ne provoque pas pour autant une hausse significative de la part de diplômes européens reconnus. C'est parce qu'à partir de 2002, une hausse de diplômes asiatiques ainsi que provenant de pays de l'Est se produit aussi. On peut rappeler que cela signifie que ces derniers sont forcément présents en Suisse, ce qui n'est pas le cas des européennes ayant fait reconnaître leur diplôme.

5.6. L'OFFRE D'INFIRMIERES

Le choix d'un pays de recrutement est aussi conditionné par l'offre d'infirmières existant dans un pays donné. Ce critère découle d'une part de questions pratiques et d'autre part d'une forme de déontologie.

La dimension pratique réside dans l'idée de choisir un pays où les pratiques de recrutement rencontreront une offre d'infirmières. La situation de pénurie en Suisse est très fluctuante, et il en va de même dans les autres pays. Ainsi un recrutement en Espagne a été envisagé par le CHUV dès lors que des milliers d'infirmières espagnoles se sont retrouvées au chômage suite aux mesures de réduction de coûts dans le domaine de la santé.

Un thème souvent abordé, mais dont l'effet reste sujet à controverse pour ce qui est de l'offre d'infirmières françaises, est la question des trente-cinq heures. Cette loi promulguée en 2000 a réduit la durée du travail légal de trente-neuf à trente-cinq heures hebdomadaires. Ainsi, si certains interlocuteurs ont considéré que cet acte législatif avait plutôt eu pour effet de réduire l'offre d'infirmières en améliorant l'attraction de la profession²⁷, la majorité des personnes interrogées a exprimé l'opinion inverse. Selon ces dernières, la réduction du temps de travail n'a pas été compensée (ou pas systématiquement) par une création d'emploi. Les infirmières françaises se retrouveraient donc à effectuer la même quantité de travail, soit sous forme d'heures supplémentaires, soit par une intensification du travail. L'espérance déçue d'un temps de travail réduit, ainsi que la pénibilité d'un travail plus soutenu auraient alors plutôt pour conséquence d'augmenter l'offre d'infirmières françaises sur le marché suisse.

Quant à la dimension éthique du recrutement, elle consiste à ne pas recruter des infirmières dans un pays éprouvant lui-même une pénurie de personnel infirmier. Plus précisément, les employeurs opèrent généralement la distinction entre les pays occidentaux industrialisés et les pays dont le stade de développement est moins avancé. Les premiers sont considérés comme « pouvant se défendre ». C'est-à-dire que même si le personnel infirmier y est déjà insuffisant, ces pays sont considérés comme ayant les moyens de mettre en place des dispositifs de rétention du personnel. Ce raisonnement concerne des pays tels que l'Allemagne, la France ou le Canada. Par contre, si il s'agit de pays tels que les pays d'Europe centrale et de l'Est ou d'un pays du tiers-monde, le recrutement peut être empêché par une réflexion éthique. Certains de ces pays ne peuvent rivaliser avec la Suisse pour les salaires, mais connaissent un chômage chez les infirmières. Un recrutement peut alors être envisagé. Bon nombre d'employeurs m'ont aussi fait savoir que contrairement aux craintes souvent formulées, les offres d'infirmières d'Europe centrale et de l'Est sont plutôt rares et qu'aucun phénomène d'immigration massive ne s'est produit en provenance de ces pays.

²⁷ Le temps de travail est un facteur de pénibilité fréquemment cité dans le cas de la profession infirmière

5.7. LA PERMANENCE D'UNE FILIERE DE RECRUTEMENT

Un autre critère peut encore être mentionné dans le choix d'un pays de recrutement, il s'agit en quelque sorte de l'habitude. Ici apparaît en fait le caractère « permanent » des filières de recrutement. Les conditions qui amènent un employeur à recruter du personnel dans un nouveau pays sont toujours relativement exceptionnelles et liées soit à une brusque hausse des besoins ne pouvant pas être couverte par le recrutement traditionnel, soit à un tarissement de cette source habituelle. Si aucun de ces cas de figure ne se produit, les employeurs préfèrent exploiter leurs filières coutumières. Cette logique explique pourquoi un recrutement axé sur la France et la Belgique ne se penchera sur l'Uruguay (années '80) que lorsque les infirmières de ces deux premiers pays ne sont pas disponibles. Les difficultés tant linguistiques que légales rencontrées expliquent sans doute le retour au recrutement européen, lorsqu'il a été possible. Mais la force de l'habitude explique aussi pourquoi, lorsque le CHUV a axé son recrutement sur le Canada dans une même période de pénurie européenne, il a continué par la suite, même lorsqu'une offre d'infirmières françaises ou belges est réapparue. La force de l'habitude peut aussi expliquer la raison pour laquelle une agence dont le recrutement est focalisé de longue date sur la France peine à entreprendre des actions dans un pays tel que la Belgique.

Il a aussi été constaté que lorsque vient à cesser un recrutement amorcé dans un pays, les offres spontanées continuent fréquemment à venir de ce pays. C'est par exemple le cas des infirmières indiennes, lesquelles ont fait l'objet d'un recrutement actif dans les années '90 de la part d'hôpitaux suisses-alsémaniques. Malgré l'interruption de cette pratique quelques années plus tard, les offres ont continué à affluer en provenance de l'Inde. Cette migration n'a par contre pas pu se produire, car les conditions favorables d'octroi de permis qui avaient alors été accordées n'avaient plus cours et ne permettaient plus de faire venir des infirmières indiennes.

De manière générale, après l'amorce d'une forme de migration, même si elle n'est pas spécifiquement liée à la migration d'infirmière, on retrouvera souvent ultérieurement des offres spontanées en provenance de ces pays. Le cas des infirmières belges dans le Valais, bien que quelque peu anecdotique, illustre bien ce phénomène. Un certain nombre d'entre elles choisiraient le canton comme lieu de postulation suite à des expériences de vacances à la neige offertes par les mutuelles belges aux enfants de leurs assurés. De la même façon, la présence d'infirmières espagnoles peut se comprendre comme la continuation du flux migratoire amorcé par la Suisse dans les années '60.

Un dernier phénomène peut être mis en évidence. Le recrutement dans un nouveau pays se fait le plus souvent à l'initiative d'un hôpital. Mais une fois cette première impulsion donnée, la filière peut aussi être récupérée par une agence privée. On mentionne par exemple l'agence romande qui s'est créée en 2002 et dont l'activité consiste à recruter du personnel médical au Canada pour la Suisse romande. Cette agence se distingue de la première agence de recrutement au Canada évoquée, laquelle agit plutôt sur mandat du CHUV. Dans ce cas, il est donc constaté une récupération commerciale d'un flux migratoire amorcé par le secteur public, laquelle contribue à l'entretien du flux migratoire.

5.8. LA PROXIMITE

Ce critère de choix du pays de recrutement est le dernier à être traité, car le facteur de proximité se mêle en fait sur plusieurs points aux autres critères précédemment mentionnés. C'est-à-dire que certains pays les plus proches partagent la même langue, la même « culture », la formation y est comparable, les postulations proviennent aussi en grande partie

des pays voisins (offre d'infirmières) et ce depuis le début de l'immigration des infirmières en Suisse (permanence de la filière de recrutement). On pourrait donc être tenté d'attribuer au facteur de la proximité une importance excessive, lui accordant les rôles que jouent en fait d'autres critères. Cependant, il existe quelques points sur lesquels il est possible de discerner des fonctions spécifiques au critère de proximité :

Il faut d'abord dire que les employeurs sont réticents à engager une personne qu'ils n'ont jamais rencontrée auparavant. Des entretiens téléphoniques sont envisageables, mais le contact en face à face sera toujours préféré. C'est pourquoi certaines postulantes feront le déplacement depuis la France ou la Belgique, éventuellement dans le cadre de vacances en Suisse, afin de rencontrer leur éventuel futur employeur. Ceci permet aussi aux infirmières de prendre connaissance de l'établissement, ainsi que de la ville où celui-ci se situe. Cette rencontre préalable constitue donc, dans une certaine mesure, une garantie que la prise d'emploi se déroulera dans les meilleures conditions. Ce point est d'autant plus important qu'une prise d'emploi à l'étranger implique souvent de quitter logement et emploi et que l'infirmière risque de se retrouver démunie si l'expérience en Suisse doit se terminer précipitamment. Il y aurait donc une aire de recrutement définie par la distance que les infirmières sont prêtes à franchir pour rencontrer les employeurs potentiels. Cette contrainte explique aussi pourquoi les agences de recrutement officiant dans des pays plus éloignés ont le plus souvent des bureaux dans le pays de recrutement, ce qui leur permet d'avoir une entrevue en face-à-face avec les candidates avant que ne soit prise la décision d'embauche.

La proximité joue aussi un rôle indispensable en ce qui concerne les infirmières temporaires. Si certains remplacements peuvent être prévus à l'avance, la plupart des requêtes aux agences de placement sollicitent des infirmières dans des délais très courts, allant de quelques heures à quelques jours. Les infirmières travaillant par contrats de courte durée se doivent donc d'être rapidement mobilisables afin de répondre aux demandes. C'est pourquoi il est nécessaire que ces infirmières, même étrangères, habitent sur place, c'est-à-dire dans la ville même, le canton, voire la zone frontalière.

Partie 6

Les agences de placement

Deux types d'acteurs sont identifiables opérant des pratiques de recrutement d'infirmières à l'étranger, il s'agit d'une part des institutions hospitalières et d'autre part des agences de recrutement. En fait, la dichotomie n'est pas aussi évidente, car les hôpitaux peuvent externaliser tout ou partie de ce recrutement à l'étranger. Nous allons successivement étudier les différentes formes d'agences de recrutement puis leurs rôles.

6.1. LES DIFFERENTES STRUCTURES D'AGENCES DE RECRUTEMENT

L'AGENCE EN RESEAU

L'agence en réseau a été mon principal interlocuteur. Il s'agissait de collaborateurs des succursales des agences Adecco et Kelly Service. Le groupe Adecco²⁸ compte six milles six cents agences réparties dans '70 pays à travers le monde. Quant à Kelly Services²⁹, l'entreprise comprend deux milles six cents succursales dans trente pays. Les activités de ces deux groupes concernent le placement fixe ainsi que le placement temporaire. Le principe du réseau réside dans le fait que les différentes agences, issues de la même enseigne disposent d'une base de données commune sur laquelle figurent tous les candidats à l'échelle nationale. Si chaque candidat est inscrit auprès d'une succursale liée à un territoire défini, des connexions sont néanmoins possibles entre les différentes filiales. A une échelle plus large mais dans une moindre mesure, des transferts de dossiers peuvent également être opérés entre des succursales implantées dans des pays différents. L'agence Adecco a d'ailleurs institutionnalisé cette pratique en créant un service spécifique appelé « eurostaff », visant à faciliter le transfert international de main-d'œuvre.

Spécialisation des agences pour le domaine médical

On relèvera encore au sujet de ces agences que leurs champs d'activité sont généralement variés et touchent tant au domaine médical qu'à celui de la construction ou de la finance. Cependant, ces agences tendent à se restreindre dans des branches spécifiques. Le personnel est d'ailleurs le plus souvent issu du milieu professionnel pour lequel il va effectuer le travail de recrutement/placement. Cela permet d'une part d'avoir une bonne connaissance de ces branches afin d'être crédible face aux employeurs et aux candidats, et d'autre part de faire bénéficier l'agence de son réseau professionnel.

Découpage territorial

Une autre caractéristique des agences fonctionnant sur le mode du réseau est le découpage territorial qui est opéré entre les différentes filiales d'une même maison mère. Sur le territoire suisse, ce découpage correspond dans une certaine mesure aux délimitations cantonales. Cela signifie que dans ses activités, un bureau de recrutement va être responsable de satisfaire aux demandes des employeurs ou d'effectuer un démarchage, mais toujours pour un territoire déterminé, afin de ne pas empiéter sur le domaine de la filiale voisine. Selon l'enseigne dont il est question, des regroupements cantonaux peuvent cependant être faits afin de placer un territoire plus étendu sous la responsabilité d'un même bureau. C'est le cas pour l'agence « Kelly services ». L'agence a longtemps eu une succursale par canton, à l'exception du regroupement de Fribourg et de Neuchâtel. La tendance semble être actuellement à la concentration, puisque le canton du Jura a été intégré au bureau s'occupant

²⁸ <http://www.adecco.ch> (22/08/06)

²⁹ <http://www.kellyservices.ch> (22/08/06)

de Neuchâtel et Fribourg (basé à Neuchâtel), et le canton du Valais a été rattaché au bureau de Lausanne. Chez « Adecco », les demandes d'infirmières des cantons de Vaud, Neuchâtel et Fribourg sont traitées à Lausanne. Genève et le Valais bénéficient de leur propre agence. Par contre, les demandes jurassiennes sont traitées par un bureau Adecco jurassien non spécialisé dans le domaine médical.

Il n'est pas sans importance d'évoquer la question de la répartition territoriale opérée par ces agences, car comme nous le verrons par la suite, les agences jouent un rôle dans la répartition des candidatures étrangères entre les territoires ainsi découpés.

Proximité de l'employeur

Le regroupement cantonal dans la gestion du territoire est cependant limité par la contrainte de proximité des employeurs dans la localisation de l'agence. Cette exigence s'explique par les contacts interpersonnels que doivent nouer les employés des agences de recrutement et les employeurs afin de réaliser les placements les plus adaptés. Lors de leur prospection, les employés vont donc s'enquérir des attentes précises de l'employeur, des caractéristiques de l'emploi, des infrastructures à disposition, etc. Ce contact régulier est estimé, tant par les employeurs que par les agences de placement, comme essentiel à la réalisation de placements heureux. Cette forme de familiarité implique donc que l'agence dispose de bureaux à distance raisonnable des employeurs avec lesquels il est envisagé de travailler.

L'AGENCE EFFECTUANT UN RECRUTEMENT « SPECIFIQUE »

Le deuxième groupe d'agences abordé est celui de l'agence effectuant un recrutement dit « spécifique ». Alors que les agences précédemment évoquées se situent à l'exacte interface entre l'offre et la demande, les agences dont il est question ici seraient plutôt dirigées par la demande. Il s'agit donc soit d'un recrutement effectué sur mandat d'un hôpital, soit d'un recrutement visant à remédier à une situation de pénurie étant clairement reconnue comme telle. A cela peut s'ajouter (mais pas nécessairement) une dérogation de la loi ou du moins un assouplissement permettant un recrutement qui n'est pas forcément accepté habituellement.

En fait, j'ai pu constater que les hôpitaux ne travaillaient que rarement avec les agences de placement de personnel classiques pour ce qui concerne l'embauche de personnel fixe. En matière de recrutement, l'hôpital étudie d'abord les offres spontanées. Si celles-ci sont insuffisantes, une forme « légère »³⁰ de recrutement peut être effectuée tant sur le sol suisse qu'à l'étranger. Mais si un recrutement plus approfondi doit être mené, l'hôpital peut mandater une partie de son personnel afin d'aller chercher dans le pays étranger même le personnel nécessaire. Ce fut vraisemblablement de cette façon que fut amorcé le recrutement d'infirmières uruguayennes qui eu lieu dans les années '80. J'ai aussi discerné une propension au sein des hôpitaux à externaliser de façon plus ou moins importante la tâche de recrutement et à la confier à une organisation créée spécifiquement pour l'occasion. J'ai repéré deux agences ayant travaillé avec le Canada correspondant à cette description. La première est apparue en 1979 et la seconde dans le courant des années '80.

La première agence a déjà été évoquée précédemment, il s'agit de celle qui s'est créée dans le but de pourvoir le CHUV en personnel infirmier. Depuis la fin des années '60, l'hôpital

³⁰ On peut considérer que le placement d'une annonce dans un journal est une forme « légère » de recrutement. Il s'agit par ailleurs de la forme minimum de recrutement que doit effectuer un hôpital afin d'être légalement autorisé à mener une action dans un pays tiers.

vaudois tentait désespérément de combler ses effectifs en publiant des annonces dans des journaux tant anglais qu'espagnols. Le recrutement international était alors une pratique récente et l'expérience en la matière quasiment nulle. Les difficultés tant linguistiques que culturelles étaient importantes et ce personnel étranger repartait très rapidement après être arrivé. Cette situation a alors incité l'un de ces infirmiers expatriés à créer sa propre agence de recrutement, laquelle fut orientée sur le Canada. Un accord de recrutement est depuis conclu chaque année avec le CHUV. A partir de 1998, la question de l'adéquation de ce recrutement avec la politique migratoire suisse s'est posée. Les besoins en personnel infirmier furent cependant considérés comme tels par les autorités fédérales, de sorte que la pratique fut tolérée par ces dernières et l'autorisation fédérale reconduite. Mes interlocuteurs de l'office des migrations parlent à ce sujet non pas de dérogation de la loi, mais d'interprétation la plus favorable qu'il soit de la loi.

Les renseignements dont je dispose au sujet la seconde institution de ce type sont lacunaires. Il ne s'agissait pas d'une agence à proprement parler, mais d'une directrice d'école romande en soins infirmiers que des motifs personnels ont conduite au Canada. A partir de cette circonstance, cette personne a opéré un recrutement de personnel infirmier canadien pour la Suisse. Je n'ai pas connaissance de l'organisation précise de ce recrutement. On peut néanmoins parler sans hésitation d'activité de placement, la loi définissant ce travail de façon très large par la notion de « mise en contact ». Cette personne a donc dû être soumise à une autorisation fédérale.

Plus récemment, une agence a pu pratiquer un recrutement d'infirmières spécialisées³¹ en Bulgarie, en Roumanie et en Pologne. L'assouplissement de la loi ne réside ici pas dans le fait que ces infirmières aient obtenu un permis de séjour, puisque leurs spécialités font l'objet d'une directive spéciale autorisant l'octroi de permis pour les ressortissantes de pays tiers. Par contre, le fait qu'une agence privée ait obtenu une autorisation fédérale lui permettant de pratiquer un recrutement dans ces pays relève de l'exception. Cette exception est cependant cohérente avec la directive énoncée au sujet des infirmières spécialisées.

Ces agences se distinguent encore des premières agences dont il a été question par le fait qu'elles sont présentes sur le lieu de recrutement. La loi les oblige à avoir leur siège en Suisse³² mais des bureaux sont en effet aussi présents dans le pays de recrutement. Apparaît ici la nécessité d'une proximité avec les infirmières étrangères susceptibles d'être embauchées, afin d'être le plus efficace dans le recrutement, c'est-à-dire en faisant venir une personne avec les qualifications requises et dont on pense qu'elle va s'adapter à son nouvel environnement de travail. Or, cette présence dans le pays de recrutement implique des frais importants. Il faut penser par exemple à la location de bureaux dans deux pays, ainsi qu'aux multiples allers-retours entre le pays de l'offre et le pays de la demande. Il est donc important que la demande soit assez soutenue afin d'assurer la rentabilité de l'agence.

Les agences présentées ici répondent donc à une logique bien définie. Une situation de forte pénurie est constatée. Une interprétation large de la loi permet d'octroyer une autorisation fédérale à une agence effectuant un recrutement que l'on peut qualifier d'inhabituel. Ce recrutement peut s'avérer d'une organisation plus coûteuse, mais ses frais sont compensés par le fait que la demande est assurée, laquelle demande justifie un assouplissement de la loi.

³¹ Il s'agissait d'infirmières en salle d'opération, ainsi que d'infirmières en soins intensifs.

³² LES (1989)

L'AGENCE INDEPENDANTE

Le troisième cas de figure rencontré abordé superficiellement dans le cadre de ce travail est celui de l'agence indépendante. Ce type d'agences se distingue des deux précédemment évoqués, car ces agences-là travaillent de façon autonome, tant à l'égard des employeurs faisant recours à leurs services que dans leurs pratiques de recrutement. Elles disposent généralement de moyens restreints, mais elles ont aussi des charges moindres, ne leur permettant de fonctionner qu'avec un nombre réduit de clients. Selon une conseillère d'une agence de placement, ce type d'agences aurait proliféré depuis quelques années.

En fait, si la description de ce type d'agence ne sera ici guère développée, c'est parce que j'ai été confrontée à une grande réticence de la part des personnes que j'ai jointes. Celles-ci m'ont le plus souvent affirmé n'avoir ni le temps ni l'envie de me faire part de leurs activités. J'é mets l'hypothèse que le climat actuel d'intense concurrence régnant entre les agences a pu dissuader ce genre d'acteurs de me révéler leurs pratiques. Mais il est vrai que la réserve à laquelle j'ai été confrontée a été telle que je me suis interrogée sur les motifs profonds de cette réticence.

Toutefois, il m'est possible de faire part de l'existence de deux types d'agences opérant de façon indépendante. Il s'agit des agences se limitant à un recrutement dans les pays voisins ainsi que d'une agence spécialisée dans le recrutement de personnel médical au Canada. Mais il ne m'est malheureusement pas possible d'en dire plus au sujet de ce type de bureau.

6.2. LES FONCTIONS DES AGENCES DE PLACEMENT

LE PLACEMENT D'INFIRMIERES FIXES

Comme nous l'avons vu, le placement de personnel étranger en fixe a toujours été légalement possible. Pour autant, il semble que les institutions hospitalières aient très peu fait recours à cette voie pour l'engagement de personnel permanent. Deux éléments expliquent cette réticence. La première explication est les préjugés ayant cours au sujet des agences de placement. Certains employeurs, parfois suite à de mauvaises expériences, penseraient que les agences de placement privilégient la dimension quantitative du placement par rapport à un placement de qualité. Cette perception est expliquée par une conseillère d'une agence de placement :

« Je pense qu'il y a eu ou qu'il y a des agences qui font du placement pour faire du placement, donc pour faire de l'argent (...) Ce que peuvent penser les employeurs, ce que je peux comprendre, c'est qu'on va leur refourguer n'importe quoi. »

Le deuxième facteur expliquant la rareté du recours aux agences de placement est le fait que les hôpitaux soient actuellement en situation de pléthore d'offres spontanées. Les employeurs estiment donc qu'il est moins coûteux de traiter ces demandes de façon interne. Il faut aussi préciser que les hôpitaux que j'ai visités étaient des établissements de grande dimension dont l'organisation permettait sans doute un traitement adéquat des postulations. Pour des institutions de plus petite taille, il n'existe pas forcément de service disposant du temps nécessaire pour trier les dossiers reçus, et le recours aux services d'une agence de placement peut alors s'avérer plus efficace. Concernant les périodes où les hôpitaux ne bénéficiaient pas de tant d'offres spontanées, il semblerait toutefois que le recours à des agences de placement classiques ne se soit pas pour autant généralisé. Comme il l'a été

expliqué précédemment, un recrutement autonome est dans un premier temps pratiqué et si celui-ci s'avère insuffisant, une agence peut être créée, ou une personne mandatée afin d'opérer un recrutement spécifique.

Il existe toutefois une porte d'entrée dans les hôpitaux pour les infirmières étrangères passant par les agences de placement. Ces dernières peuvent proposer un produit appelé « Try & Hire ». Cette pratique consiste à engager une infirmière sur le mode temporaire pour une durée de quelques mois à l'issue desquels l'employeur peut, s'il le désire, proposer un contrat à durée indéterminée sans frais supplémentaires. Cette possibilité permet à l'employeur d'avoir une période d'essai, ce qui peut être particulièrement utile lorsqu'il s'agit d'engager une infirmière étrangère, car cela permet de voir si celle-ci s'adapte à son nouvel environnement de travail. Mais le « Try & Hire » peut aussi se pratiquer sans que l'employeur en ait eu initialement l'intention, c'est-à-dire qu'un employeur peut faire recours à une agence pour trouver une infirmière temporaire, et que si l'expérience se passe particulièrement bien, l'employeur va parfois vouloir embaucher cette infirmière. Ainsi, même si les hôpitaux ne font a priori pas appel aux agences de placement privées pour trouver leur personnel, ces agences constituent néanmoins un intermédiaire possible entre l'infirmière étrangère et l'hôpital suisse.

LE PLACEMENT D'INFIRMIERES TEMPORAIRES

Si les institutions hospitalières privilégient des modes de recrutement internes, il existe cependant un secteur où les agences de placement détiennent l'exclusivité ; il s'agit du travail temporaire. Ces agences sont effectivement organisées de façon à pouvoir mettre à disposition d'un employeur des infirmières dans un délai qui peut être très court puisque si certaines demandes d'infirmières temporaires peuvent se faire avec des mois d'avance (s'il s'agit par exemple d'un congé maternité), certaines requêtes peuvent aussi se faire pour l'heure qui suit.

Avant l'entrée en vigueur de l'accord sur la libre circulation, les agences de placement étaient fortement contraintes dans leurs activités, puisqu'il ne leur était possible de faire travailler que les étrangers au bénéfice d'une autorisation leur permettant d'exercer une activité lucrative et de changer d'emploi et de profession. Cela signifie qu'un étranger devait avoir été d'abord directement employé par une institution avant de pouvoir s'inscrire dans une agence de travail temporaire. Autrement dit, les agences n'étaient pas considérées comme des employeurs pouvant déposer une demande de permis. Telle était la loi fédérale, toutefois l'application à l'échelle cantonale a pu être quelque peu assouplie. Par exemple, le canton du Jura a octroyé des permis de courte durée (quatre mois maximum non renouvelables) à des agences de placement lorsque celles-ci souhaitaient faire travailler de façon temporaire des infirmières dans le secteur hospitalier. Il est important de comprendre que cette tolérance concernait exclusivement les activités susmentionnées. D'autres cantons auraient adopté les mêmes pratiques, mais il ne m'a pas été possible de savoir précisément desquels il s'agissait. On constate donc que les infirmières ont effectivement bénéficié de mesures particulières permettant un recours à du personnel étranger plus important que ce qu'autorise une interprétation stricte de la loi. Depuis 2002, les contraintes légales ayant été levées pour ce qui concerne les pays de l'UE, il n'est plus nécessaire d'accorder un régime d'exception pour les infirmières étrangères souhaitant travailler de façon temporaire en Suisse.

On notera au sujet du travail temporaire que des différences existent selon les cantons dans le recours à ce type de personnel. Par exemple, les agences genevoises travaillent essentiellement avec des infirmières temporaires, alors que les agences vaudoises ou jurassiennes ont des activités orientées tant sur le temporaire que sur le placement fixe. Dans d'autres cantons tels que Zürich, le placement temporaire n'a pratiquement pas cours. Quel que soit le canton dont il est question, on dira que globalement, le recours à des infirmières

temporaires a plutôt diminué depuis ces quinze dernières années. Cette évolution peut s'expliquer par une plus grande rigueur budgétaire des institutions. Par exemple à Genève, les fonds dont disposent les institutions publiques alloués au travail temporaire ont été fortement coupés en 2001. Mais il peut aussi s'agir d'une impression de recours moins important au temporaire lié à la multiplication des agences et à l'accroissement de la concurrence.

LE ROLE DE RECRUTEMENT

Pour répondre aux demandes de personnel émises par les employeurs, les agences de placement doivent avoir une réserve d'infirmières prêtes à travailler. Afin de créer ce carnet d'adresse, les agences doivent opérer un recrutement. Les différentes pratiques de recrutement étant décrites plus en détail au chapitre suivant, je ne m'attarderai pas plus sur le sujet.

LE ROLE D'INFORMATION

Les informations fournies par les conseillers des agences de placements relèvent principalement de deux ordres : celui des informations relatives au marché du travail et celui des informations pratiques liées à la prise d'un emploi à l'étranger.

Si peu d'infirmières suisses passent par une agence de placement, c'est parce que le plus souvent, elles connaissent la situation du marché du travail, ainsi que les lieux de postulation possibles. Elles procèdent donc plutôt par elles-mêmes. Pour une infirmière étrangère, cette connaissance faisant défaut, il lui est plus facile de s'en remettre aux services d'une agence spécialisée. Ainsi, tant des infirmières françaises que belges, espagnoles ou canadiennes vont prendre contact avec une succursale suisse afin de trouver en emploi dans le pays. Une catégorie d'étrangères fait cependant exception. Il s'agit des infirmières habitant la zone frontalière, dont la connaissance du marché du travail est proche de celle des infirmières suisses. A l'instar de ces dernières, il leur est donc possible de trouver un emploi de leur propre chef.

Il est important de noter que ce rôle d'agent informateur peut s'exercer à l'égard de n'importe quelle infirmière étrangère émettant le désir de venir travailler en Suisse, sans que l'agence ait forcément entrepris des actions de recrutement dans son pays d'origine. Les pays d'où proviennent ces demandes de renseignements étant plus nombreux que ceux faisant l'objet de recrutement « actif », on constate que « l'aire d'information » est bien plus étendue que « l'aire de recrutement ».

Outre le fait de fournir un emploi, les conseillers assistent la migration sur de nombreux autres aspects. Ils informent par exemple l'infirmière sur la philosophie des soins de l'institution, le coût de la vie, la recherche d'un logement ou encore les démarches administratives telles que l'annonce au contrôle des habitants ou le choix d'une caisse maladie. Dans le cas genevois, il sera expliqué comment procéder à une reconnaissance du diplôme et obtenir une autorisation de pratique. Il est intéressant de faire un parallèle avec le secteur de la construction où, comme me l'a expliqué un conseiller, ces informations sont souvent fournies par la communauté déjà établie. Il semblerait alors que la migration d'infirmière soit en comparaison une démarche plus autonome, où le rôle de l'agence de placement comme agent informateur est plus important.

REDISTRIBUTION EN SUISSE

Une dernière fonction des agences de placement est présentée, laquelle ne figure pas formellement dans les tâches des agences, mais présente un intérêt géographique certain. Il s'agit de la redistribution du personnel infirmier sur le sol suisse. Il faut d'abord comprendre une situation que l'on peut considérer comme initiale, où l'offre d'infirmières étrangères - tant sous forme de postulations spontanées que de candidatures au placement - est différenciée selon le canton dont il est question. On notera par exemple l'avantage du canton de Genève, dont la situation frontalière cumulée aux conditions salariales fait un véritable pôle d'attraction pour les infirmières étrangères. De plus, les différentes villes suisses seraient plutôt mal connues à l'étranger, Lausanne et Genève faisant l'exception. Or, d'autres cantons rencontrent moins de succès et éprouvent plus de difficultés à trouver le personnel nécessaire. Les agences de placement interviennent alors en suggérant et facilitant le transfert d'une candidate vers un autre canton. En fait, le mécanisme de redistribution se fait principalement de deux façons que je vais expliquer par des exemples fictifs, mais considérés comme représentatifs de la réalité.

Dans une première situation, l'infirmière française souhaite venir travailler dans le canton de Genève. Elle prend donc contact avec une agence de placement suisse. Mais il se trouve que cette agence travaille en fait sur le territoire du canton de Neuchâtel. Les employés de l'agence ont alors l'opportunité de présenter le canton, les possibilités d'emploi existantes, le mode de vie, etc. Ils peuvent de surcroît expliquer la situation saturée du marché du travail infirmier ayant cours à Genève. Ainsi, une infirmière, qui dans un premier temps avait le projet de travailler à Genève, peut finalement prendre un emploi dans un autre canton.

La seconde situation met en exergue le rôle des agences organisées en réseau. Chaque candidate est inscrite dans une succursale, mais son profil figure aussi sur une banque de données consultable par toutes les autres agences de l'enseigne. Si un employé d'agence basée à Fribourg est intéressé par une candidate inscrite dans l'agence de Genève, il peut donc prendre contact avec le conseiller responsable du dossier, lequel demandera à la candidate si celle-ci est intéressée à travailler dans le canton de Fribourg. Ainsi, bien que l'inscription d'une candidate se fasse à une échelle locale, l'instrument de la banque de données commune ainsi que l'organisation en réseau permettraient une distribution plus efficace de l'offre, de façon à être en adéquation avec le lieu de la demande. Une réserve a cependant été émise lors d'un entretien concernant l'inscription effective de tous les candidats sur la banque de données commune. Quoi qu'il en soit, l'évolution en cours irait plutôt dans le sens d'un plus grand partage des informations de la part des employés des différentes succursales d'une même enseigne.

Selon le discours des conseillers, les infirmières étrangères auraient donc une connaissance assez limitée de la Suisse. Le pays aurait tendance à se limiter à la ville de Genève. A cet égard, l'agence de placement agit comme un palliatif à la méconnaissance. Mais plus encore que de simplement faire connaître aux candidates l'existence d'autres lieux de travail possibles, celles-ci seront orientées là où leurs compétences sont recherchées. Ce phénomène est décrit par un employeur jurassien :

« Elles ont envie de faire une expérience en Suisse, mais elles n'ont aucune idée d'où se trouve Porrentruy. Pour elles, la Suisse c'est Lausanne ou Genève. Et tout d'un coup, l'agence leur propose Porrentruy. Elles ne savent pas du tout où c'est, et elles partent complètement paumées. »

Les agences exercent donc ce rôle de réorientation de l'offre d'infirmières, mais cette fonction est limitée par plusieurs contraintes. D'abord, les infirmières ne sont pas toujours flexibles, dans le sens où elles peuvent aussi refuser l'opportunité d'emploi dans un autre

canton que celui choisi initialement. Par exemple, il sera quasiment impossible de déplacer une infirmière ayant choisi un canton dans le but de retrouver de la famille ou des amis. Ensuite, des contraintes d'ordre logistique peuvent empêcher une prise d'emploi dans un canton. Par exemple, le canton de Vaud est considéré comme offrant peu de possibilité d'hébergement aux infirmières. Or, si l'opportunité d'emploi ne s'accompagne pas de la mise à disposition d'un logement, le transfert ne peut s'opérer. Finalement, les conseillers peuvent aussi obéir à une certaine éthique, laquelle consiste à ne pas tenter de « convaincre » quelqu'un d'aller travailler dans un canton si un autre a été choisi initialement. On retrouve ici la question de l'adaptabilité de l'infirmière et du clivage ville/campagne.

Le rôle distributif des agences en réseau fonctionne aussi à une échelle mondiale. On peut l'illustrer avec le cas des infirmières canadiennes venues travailler dans le canton du Valais entre 2000 et 2003. Durant cette période, les Canadiennes étaient nombreuses à vouloir venir travailler en Suisse (ce mouvement peut d'ailleurs se comprendre comme la continuation d'actions de recrutement menées par le CHUV). Certaines se sont dans un premier temps mises en relation avec une succursale québécoise d'Adecco, auprès de laquelle elles ont manifesté leur désir de travailler en Suisse. Elles ont alors été dirigées vers les agences suisses éprouvant des besoins de candidates plus importants. C'est ainsi que le canton du Valais a bénéficié d'une part importante des candidates au travail en Suisse. Cet exemple montre que non seulement la structure en réseau permet de réorienter l'offre d'infirmières, mais aussi en amont, de diriger les infirmières précisément dans les régions où les besoins se font sentir.

Un dernier exemple de redistribution de l'offre est celui des infirmières françaises venues travailler dans le Jura. Jusqu'en 2002, le canton souffrait particulièrement d'un manque de personnel infirmier. Selon la personne que j'ai rencontrée de l'Office de la main-d'œuvre étrangère, les hôpitaux ont donc toujours été favorisés et les permis étaient donnés assez facilement. Cette situation était connue de bon nombre d'infirmières françaises, lesquelles ont pris l'habitude de passer par une agence de placement établie dans le Jura. Passée la première année où le changement de canton de travail n'était pas autorisé, une part importante de ces infirmières a voulu trouver un emploi dans un autre canton, conformément à leurs projets initiaux. L'agence jurassienne a donc transféré les dossiers de ces candidates dans les succursales vaudoises et genevoises principalement. A partir du moment où ces infirmières bénéficiaient d'un permis B, il leur était beaucoup plus facile de trouver un emploi dans ces cantons se montrant plus restrictifs dans leurs conditions d'octroi de permis. Pendant une période, le canton du Jura a donc été une véritable « porte d'entrée » pour les infirmières étrangères souhaitant travailler en Suisse. Leur transfert dans d'autres cantons a ensuite été facilité par la structure en réseau des agences de placement. On notera que cet effet de « porte d'entrée » explique aussi la présence d'infirmières canadiennes dans des cantons où un recrutement au Canada n'a pourtant pas été pratiqué, certaines infirmières recrutées par le CHUV ayant changé de lieu de travail par la suite.

Partie 7

Les pratiques de recrutement

7.1. LES DIFFERENTES PRATIQUES DE RECRUTEMENT

Dans ce chapitre seront mentionnées toutes les pratiques de recrutement, qu'elles émanent de l'activité des hôpitaux ou des agences de placement. Les différentes spatialités de ces pratiques seront ensuite évoquées en déterminant les aires de recrutement concernées.

LE SALON DE L'INFIRMIER/ERE

Certaines agences de placement, ainsi que certains hôpitaux tiennent un emplacement au salon de l'infirmière, lequel a lieu chaque année à Paris. Cette manifestation est l'occasion de faire connaître aux visiteuses l'agence ou l'hôpital et de donner des informations concernant les possibilités de prendre un emploi en Suisse, avec les conditions de travail ou de vie liées. Le CHUV y tient encore régulièrement un stand. Le HUG s'y est rendu quelques fois à la fin des années '90, mais se contente maintenant des postulations spontanées. Quant aux agences, seules les plus grandes peuvent se permettre de s'y rendre, car les coûts d'une telle démarche semblent assez importants. Pour les agences fonctionnant en réseau, les frais ne sont pas forcément réduits, puisqu'elles effectuent ce type de démarche de façon autonome pour chaque bureau. De plus, les représentants français de l'enseigne sont généralement présents.

Une visibilité au sein du salon de l'infirmier n'est cependant pas considérée comme un moyen de recrutement des plus efficaces. Les retombées ne peuvent en effet guère être mesurées. Mais si cette manifestation ne constitue pas vraiment une occasion de recruter, elle présente néanmoins l'intérêt de faire connaître l'enseigne ou l'hôpital, notamment aux étudiants.

LA PUBLICITE DANS LA PRESSE SPECIALISEE

Les annonces dans la presse spécialisée sont l'une des pratiques les plus répandues au sein des agences. Cette presse spécialisée consiste essentiellement en des revues d'associations infirmières. Les annonces y paraissant sont générales, faisant la promotion de l'agence. Mais pour des raisons de coûts financiers, les offres ponctuelles d'emploi n'y paraissent pas.

Pour les hôpitaux, les annonces dans ce type de revue peuvent aussi être un moyen commode de recrutement, car susceptible de toucher un nombre important de personnes sans pour autant nécessiter de démarches trop importantes. Cette méthode de recrutement a aussi la caractéristique de constituer de façon générale la démarche minimum à entreprendre pour un employeur afin de justifier qu'il n'a trouvé aucun candidat, sur le sol suisse jusqu'en 2002 et européen depuis lors, et ainsi faire recours à un pays tiers.

Pour le Québec, une annonce dans la presse spécialisée peut être un moyen particulièrement efficace de recrutement. En effet, toute infirmière est tenue de s'inscrire à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Or, cette organisation publie six fois par année une revue à destination de ses membres. Une annonce publiée dans ce journal est donc supposée toucher toutes les infirmières québécoises.

LA PUBLICITE DANS LA PRESSE QUOTIDIENNE

Avant 2002, les établissements hospitaliers étaient tenus de recruter prioritairement leur personnel en Suisse. Si aujourd'hui la majorité des hôpitaux romands n'est plus dans une logique de recrutement, il n'en a pas toujours été ainsi. A cette époque, la publicité dans la presse semblait être un moyen de recrutement de prédilection. Il semblerait que les hôpitaux procédaient en la matière selon une logique d'élargissement progressif de l'aire de diffusion du journal choisi, c'est-à-dire qu'ils commençaient par insérer une annonce dans la presse régionale, et si cela s'avérait insuffisant, une annonce dans un journal à vocation nationale était requise.

Quant aux agences de placement appartenant à la même enseigne, on notera que leur recrutement sur le territoire suisse se limite aux cantons qui leur sont attribués, faute de quoi elles empièteraient sur le domaine des agences voisines. Leur approche du personnel suisse (ou du moins établi en Suisse) est donc cantonale, alors que le recrutement en France par exemple se fait sur l'ensemble du territoire.

LES CONTACTS AVEC LES AGENCES A L'ETRANGER

D'un point de vue légal, les agences de recrutement fonctionnant sur le mode du réseau bénéficient d'un avantage sur leurs concurrentes. En effet, la loi interdit à priori qu'un bailleur de service domicilié à l'étranger loue des travailleurs à une entreprise suisse. Cette pratique est cependant autorisée au sein d'un groupe d'entreprises, à condition que l'entreprise étrangère et l'entreprise suisse appartiennent au même groupe³³.

Au premier abord, ce type de démarche n'est pas forcément très fructueux car les pays concernés (France, Belgique) sont eux-mêmes en situation de manque de personnel infirmier. Les agences de ces pays ne sont donc guère enclines à transmettre des dossiers de candidatures. Il faut ici aussi préciser que la transmission de dossier se fera d'autant plus facilement que les conseillers des deux agences se connaissent et communiquent régulièrement. Si l'infirmière étrangère émet le souhait de travailler en Suisse, l'agence étrangère peut aussi effectuer la prise de contact avec l'agence suisse. De plus, les infirmières spécialisées faisant particulièrement défaut en Suisse sont beaucoup plus nombreuses en France. Le transfert de dossier peut alors se pratiquer plus aisément.

LES RELATIONS AVEC LES ECOLES

Une autre méthode de recrutement, tant utilisée par les hôpitaux que par les agences, est la visite d'écoles d'infirmières. Pour un hôpital, les écoles sont relativement ouvertes à une visite d'un représentant venant présenter l'institution. Pour les agences, la situation est un peu plus problématique, car les écoles accepteraient sans problème la visite d'un représentant d'agence, mais ne souhaiteraient pas accueillir chaque agence. Il s'agit donc d'être la première à prendre contact avec une école si l'on veut utiliser cette voie de recrutement.

LES CONTACTS AVEC UNE ANPE³⁴

Une personne travaillant pour une agence de placement m'a expliqué avoir recours au canal de l'ANPE. Cette méthode n'a cependant pas été mentionnée par d'autres personnes. On

³³ SECO « Location de services et placement transfrontalier, dans quels cas de figure sont-ils autorisés par la loi sur le service de l'emploi (LES) »

³⁴ ANPE : Agence nationale pour l'emploi (France)

peut émettre l'hypothèse d'un préjugé à l'égard des infirmières au chômage, bien que ce préjugé concerne a priori les infirmières suisses au chômage³⁵. Un inconvénient mentionné de cette méthode est qu'il n'est pas possible à l'agence d'obtenir préalablement les références de la personne pour laquelle un intérêt est porté. Ce qu'il faut préciser sur ce mode de recrutement, c'est qu'il est beaucoup lié à la relation interpersonnelle qu'entretient la conseillère de l'agence de placement et son contact au sein de l'ANPE.

LES USAGES D'INTERNET

Au vu de mes entretiens, il est apparu qu'Internet constituait un outil considérable dans les pratiques de recrutement. Il est intéressant de noter l'importance prise par ce canal de recrutement, dont la technologie est pourtant récente. En ces temps de marché dominé par l'offre d'infirmières (pour ce qui concerne la majorité des hôpitaux), cela peut s'expliquer par le fait que ce procédé permet aux infirmières de l'étranger de se renseigner par elles-mêmes sur les possibilités de prise d'emploi en Suisse.

Recherche sur Internet

Toutes les personnes employées dans des agences de placement interrogées m'ont affirmé avoir recours de façon plus ou moins fréquente à des sites spécialisés où des infirmières en recherche d'emploi peuvent présenter leur profil. Les sites que j'ai pu visiter contiennent des postulations de toutes les régions francophones (Suisse, France, Belgique, Dom-Tom etc.)

Site internet de l'agence de placement

Les agences de placement ne sont pas toujours en recherche active de personnel. Il m'a été dit que les candidatures parvenant par courrier électronique étaient assez nombreuses. Pour les filiales d'enseignes connues, il n'est pas forcément nécessaire de faire de la publicité pour se faire connaître. Dès lors qu'il existe une offre d'infirmières étrangères voulant prendre un emploi en Suisse, il leur est donc possible d'entrer en contact avec une succursale suisse de l'entreprise.

Publicité sur le portail

L'agence peut donc avoir un site Internet lui étant consacré et visiter des sites sur lesquels les infirmières disponibles peuvent s'inscrire. Une troisième méthode liée à Internet consiste à placer des annonces sous forme de publicité sur des sites internet. Cette démarche n'est cependant pas considérée comme très efficace.

Site Internet de l'hôpital

Ce mode de recrutement a déjà été évoqué lors de l'exposition des motifs de la pléthore d'infirmières. Il était mentionné que les conceptions de pages Internet portant sur les hôpitaux avaient été suivies d'un changement quantitatif et qualitatif des candidatures d'infirmières, celles-ci étant de provenances plus diverses et plus nombreuses à postuler.

³⁵ Selon mes interlocuteurs (employeurs et conseillers d'agences de placement), la situation sur le marché du travail infirmier est telle qu'une infirmière suisse inscrite au chômage sera forcément suspectée d'être une personne « problématique ».

LE BOUCHE A OREILLE

Une autre façon d'utiliser ses contacts personnels est de recourir à du personnel de nationalité étrangère déjà employé dans l'établissement et de demander à cette personne si elle connaît ou peut recommander des infirmières dans son pays d'origine. Par exemple, afin de faire venir au CHUV des infirmières espagnoles, lesquelles étaient sources de grande satisfaction, les Espagnoles déjà présentes ont mis en relation leur employeur avec des écoles et divers organismes espagnols. Un autre cas est celui de l'hôpital de Fribourg, où des infirmières françaises ont postulé après que leur enseignante qui avait précédemment travaillé à Fribourg leur ait parlé de son expérience. Mais le rapport peut aussi se faire dans le sens inverse. C'est-à-dire que le personnel infirmier déjà en poste peut recommander à son employeur des personnes encore établies dans le pays d'origine. Les personnes ayant connaissance du phénomène de l'immigration des infirmières uruguayennes m'ont dit penser³⁶ que la pratique du bouche à oreille pouvait expliquer l'ampleur du phénomène. Ce mode de recrutement bien qu'apprécié par l'employeur - car la recommandation constitue une forme de garantie - a aussi pu s'avérer problématique. Ce fut notamment le cas dans le canton de Fribourg, où des demandes de permis ont été déposées concernant du personnel provenant de pays tiers³⁷, sous la recommandation de ressortissants de ces pays. Or selon la loi, il n'était pas possible de délivrer un permis à de telles ressortissantes. Selon mon interlocuteur responsable de l'octroi de permis dans ce canton, c'est ce type de situation qui a pu amener des institutions à se plaindre d'un manque de permis de séjour.

Pour ce qui concerne les agences de placement, elles peuvent aussi essayer de trouver de nouvelles infirmières au sein des réseaux de connaissances des candidates travaillant déjà pour l'agence. Cette pratique nécessite cependant une satisfaction de la part des personnes embauchées, afin qu'elles encouragent leurs proches à les rejoindre.

7.2. LES SPATIALITES DU RECRUTEMENT

Il est possible de distinguer deux types de spatialités concernant chacune des pratiques mentionnées ci-dessus. La spatialité du recrutement est à entendre comme l'aire dans laquelle les infirmières sont sujettes aux pratiques de recrutement.

RECRUTEMENT HOMOGENE

Les recrutements sous forme de présence au salon de l'infirmier, d'annonces dans la presse spécialisée ou faisant recours à l'outil Internet sont susceptibles de toucher des personnes à une échelle large, c'est-à-dire nationale, voire internationale. Pour ce qui est d'Internet et de la presse spécialisée, l'aire de recrutement est en fait celle de diffusion de ces médias. On parle de recrutement homogène, car l'ensemble du territoire concerné est exposé de la même façon au recrutement. En ce qui concerne le Salon de l'infirmier, on peut toutefois supposer que celui-ci attire plus particulièrement des infirmières de la région parisienne.

³⁶ Les informations concernant les pratiques de recrutement d'infirmières uruguayennes ayant eu cours sont très partielles et basées sur le souvenir de quelques personnes. Elles sont donc à prendre avec précaution.

³⁷ Est entendu ici comme pays tiers les pays non membres de l'UE, à l'exception du Canada

POCHES DE RECRUTEMENT

La seconde forme de spatialité est celle des poches de recrutement, du moins décrite comme telle. Ces poches sont le résultat d'un recrutement répété d'infirmières provenant d'une même région. Les pratiques provoquant de telles configurations sont le plus souvent liées à un recours au réseau de connaissances. Certains recruteurs ont en effet des connaissances ayant un rôle stratégique dans le milieu infirmier (infirmière-enseignante, conseiller ANPE, etc.) ou ayant elles-mêmes un solide réseau social, à qui il leur est possible de faire recours de façon répétée, car si les personnes recrutées provoquent la satisfaction de l'employeur, celui-ci va vouloir exploiter la filière. Or, les infirmières recrutées au sein d'un réseau de connaissances tendent à provenir d'une même région. Ce type de recrutement s'avère parfois problématique pour la zone dont proviennent les infirmières, car les poches de recrutement ainsi créées peuvent entraîner des situations de micro-pénurie. Cette situation est décrite par l'infirmière en chef de l'hôpital de Fribourg :

« J'ai embauché une fois trois infirmières qui venaient de la région de l'Ain. Et puis j'ai reçu une lettre de l'infirmière générale de l'hôpital qui me demandait ce qui pouvait bien attirer les infirmières à Fribourg. (...) Je lui ai dit de ne pas s'inquiéter, qu'il y en avait une qui était venue et qu'elle avait appelé une collègue, qui avait appelé une troisième collègue, et une fois que toutes ces collègues auraient terminé, il n'y en aurait plus. Alors, effectivement, il y en a quatre qui sont venues en très peu de temps, et qui ont démuni la générale, là-bas. ».

Des poches de recrutement peuvent aussi se créer dans les zones frontalières. Ici les poches ne se créent pas au gré des réseaux de connaissances, mais selon les avantages financiers liés au fait de travailler en Suisse tout en habitant en France. C'est donc toute la bordure est du pays qui a tendance à voir ses infirmières délaisser les postes en France pour venir travailler en Suisse. Des situations de micro-pénurie se sont donc produites dans les départements frontaliers, notamment dans le Jura, où en 2004 les hôpitaux se plaignaient de perdre toutes leurs infirmières au profit de la Suisse.

Partie 8

Fonctions des infirmières étrangères sur le marché du travail suisse

8.1. LE ROLE STRUCTUREL

Comme nous l'avons vu, la situation de base est que le nombre d'infirmières formées en Suisse est insuffisant. Cet énoncé est exact pour toute la période considérée dans ce travail allant de 1970 à aujourd'hui. Dès lors, il a toujours été indispensable de combler les postes vacants par des infirmières étrangères. En ce sens, les infirmières étrangères ont un rôle structurel au sein du personnel infirmier. C'est-à-dire que même lorsque les postes tendent à être réduits, elles restent indispensables au maintien des effectifs.

On distinguera ici deux types de personnel étranger. Il y a d'une part le personnel qui, une fois recruté, reste en poste durant plusieurs années, voire durant l'ensemble de sa carrière professionnelle, et d'autre part le personnel ne restant qu'une ou quelques années avant de retourner dans son pays d'origine. Evidemment, dans la réalité ces deux cas de figure ne sont pas aussi strictement délimités, mais formuler cette distinction permet de comprendre le tableau suivant :

Tableau 4 : Type d'autorisation de séjour des infirmières étrangères travaillant en Suisse entre 1980 et 2000

	1980				1990				2000			
	Permis B		Permis C		Permis B		Permis C		Permis B		Permis C	
	% Permis B	% Permis C	% Permis B	% Permis C	% Permis B	% Permis C	% Permis B	% Permis C				
Haïti	116	95.08	6	4.92	44	46.81	50	53.19	0	0.00	46	100.00
Espagne	155	47.55	171	52.45	70	15.59	379	84.41	14	2.89	470	97.11
Chili	34	82.93	7	17.07	24	44.44	30	55.56	2	4.55	42	95.45
Corée	120	95.24	6	4.76	36	41.38	51	58.62	3	4.84	59	95.16
Portugal	95	58.28	68	41.72	285	65.67	149	34.33	27	6.32	400	93.68
Italie	227	25.06	679	74.94	121	10.96	983	89.04	142	11.10	1137	88.90
Tunisie	62	82.67	13	17.33	14	20.90	53	79.10	4	13.33	26	86.67
Royaume Uni	139	60.96	89	39.04	89	34.77	167	65.23	28	14.58	164	85.42
Pays-Bas	247	55.51	198	44.49	421	56.28	327	43.72	201	26.00	572	74.00
Philippines	133	100.00	0	0.00	337	82.00	74	18.00	102	26.15	288	73.85
Danemark	9	36.00	16	64.00	10	43.48	13	56.52	9	27.27	24	72.73
Finlande	125	54.59	104	45.41	81	39.13	126	60.87	53	27.46	140	72.54
Etats-Unis	24	77.42	7	22.58	19	73.08	7	26.92	10	27.78	26	72.22
Autriche	199	52.65	179	47.35	363	61.42	228	38.58	185	30.83	415	69.17
Turquie	54	83.08	11	16.92	23	26.14	65	73.86	77	32.77	158	67.23
Suède	48	66.67	24	33.33	62	59.05	43	40.95	33	33.67	65	66.33
Allemagne	1'068	56.60	819	43.40	2'773	72.44	1'055	27.56	1'384	34.69	2606	65.31
Belgique	42	44.68	52	55.32	173	56.54	133	43.46	132	35.48	240	64.52
France	363	35.69	654	64.31	1'073	53.38	937	46.62	775	35.70	1396	64.30
Inde	197	87.95	27	12.05	257	59.91	172	40.09	194	40.08	290	59.92
Pologne	7	21.88	25	78.13	19	25.00	57	75.00	35	42.68	47	57.32
Ex-Yougoslavie	486	64.54	267	35.46	1'503	71.27	606	28.73	1'480	43.53	1920	56.47
Tchécoslovaquie	12	10.00	108	90.00	4	6.90	54	93.10	49	66.22	25	33.78
Roumanie	3	37.50	5	62.50	9	40.91	13	59.09	14	66.67	7	33.33
Canada	182	95.29	9	4.71	159	81.54	36	18.46	314	80.72	75	19.28

Source : Registre central des étrangers

Le tableau 4 indique le nombre d'infirmière de chaque nationalité détenant un permis B annuel ainsi que celui de celles en possession d'un permis C d'établissement. Le rapport entre les détentrices de chacun de ces permis est aussi indiqué et hiérarchise le tableau. Les ressortissantes des pays figurant dans la partie supérieure du tableau sont celles qui

proportionnellement avaient le plus de permis d'établissement en 2000. Cela signifie qu'il n'a pas été opéré de recrutement récent dans ces pays. Par exemple, si la quasi-totalité des Haïtiennes n'étaient présentes que depuis une période très récente en Suisse en 1980, les 46 restantes aujourd'hui sont toutes au bénéfice d'un permis d'établissement. Les infirmières haïtiennes, espagnoles, chiliennes, coréennes, portugaises ou anglaises se sont donc insérées dans la structure du marché du travail suisse depuis déjà bien longtemps. Cette situation concerne aussi les infirmières italiennes, néerlandaises, autrichiennes, allemandes ou françaises, qui sont fort nombreuses à être en Suisse avec un permis d'établissement. Dans ces derniers pays, un recrutement a cependant été aussi continu comme l'indique le nombre de titulaires d'un permis B au fil des décennies. Cette continuité dans le recrutement s'explique d'une part par le taux de rotation du personnel, autrement dit, les départ volontaires qu'il a fallu remplacer et d'autre part par la croissance qu'a connu le secteur durant la période de référence. Ces chiffres nous permettent donc de constater que la structure du personnel infirmier étranger est effectivement composée d'infirmières installées, ainsi que d'infirmières séjournant une ou plusieurs années en Suisse. Puis elles quittent le pays et sont remplacées par de nouvelles infirmières. Ces phénomènes sont décrits par un employeur jurassien :

« Alors c'est souvent des jeunes infirmières (...) qui ont terminé leurs études en France et qui se disent qu'elles vont essayer de voir ce que c'est en Suisse et d'y travailler quelques années. Et puis il y en a qui sont restées dix, quinze ans ou même qui ont fait leur vie en Suisse. ».

8.2. LE ROLE CONJONCTUREL

Le second rôle des infirmières étrangères qui est ici considéré est le rôle conjoncturel. Ce rôle conjoncturel est ici entendu comme le fait de recourir à du personnel étranger lors de brusques hausses des besoins en personnel. A l'inverse, cette sollicitation fut moindre lorsque les besoins se firent moins sentir. Le terme n'est cependant pas à associer à la conjoncture économique, le développement de l'économie étant relativement indépendant de celui du secteur de la santé publique. Nous avons vu que la structure du personnel infirmier étranger était notamment composée d'un roulement continu d'infirmières étant au bénéfice d'un permis annuel. L'adaptation à la conjoncture peut alors être comprise comme un recours plus ou moins important à ces infirmières d'une année à l'autre. Le rôle conjoncturel n'est cependant pas facilement dissociable du rôle structurel, le secteur infirmier ayant connu une hausse croissante entre 1970 et 1990, avant de connaître une relative stabilisation. Toutefois, si l'on prend le cas des infirmières françaises, on peut constater que le nombre de détentrices d'un permis annuel a presque triplé entre 1980 et 1990, alors que le nombre total d'infirmières doublait à peine, passant de 36'000 à 65'000 personnes. Cet exemple illustre la façon dont une hausse globale du personnel infirmier a pu être permise par un octroi plus important de permis annuels. Cependant, les octrois de permis annuels ne furent pas toujours à la mesure des besoins. En effet, en raison du contingentement des permis, il n'a pas toujours été possible d'accorder des autorisations de séjour aux infirmières étrangères nécessaires en Suisse. Certains employeurs ont toutefois trouvé par l'embauche de stagiaires une autre voie pour permettre l'entrée des infirmières étrangères dont ils avaient besoin.

LES INFIRMIERES STAGIAIRES ETRANGERES

Pour mémoire, les accords d'échanges de stagiaires qu'a conclus la Suisse avec trente pays permettent notamment à des infirmières de venir dans le pays exercer leur profession pour une durée de dix-huit mois. Bien que les échanges de stagiaires se pratiquent depuis

1935 déjà, il ne m'a malheureusement été possible de n'obtenir les chiffres que depuis 1980. A première vue, on peut constater la grande fluctuation de la quantité d'infirmières venues chaque année comme stagiaires en Suisse. Leur nombre culmine à 623 en 1981 et atteint son minimum en 1998 avec seulement 15 stagiaires. Entre ces deux dates se produisent de grandes variations. Or, un employeur m'a affirmé avoir fait venir des infirmières en tant que stagiaires lorsque les quotas ne lui permettaient plus d'engager des étrangères :

« Je dois dire qu'on avait trouvé un biais, ça ne veut pas dire que c'était un biais malhonnête, mais à côté des permis B, il y avait les permis L, les permis de stagiaires. On a fait venir passablement de jeunes infirmières avec ces permis, et si ces infirmières voulaient rester là, on demandait un permis B. Donc, ça nous permettait de jongler beaucoup plus facilement avec les permis. »

Interrogés à ce sujet, deux représentants de l'office des migrations m'ont confirmé que cette manœuvre avait sans doute été utilisée par d'autres employeurs. On pourrait objecter que les chiffres dont il est question sont somme toute relativement faibles. Mais il faut savoir que c'est un nombre limité d'établissements qui accueille les stagiaires et que leur importance a pu être réelle pour les hôpitaux en question.

Les stagiaires ont en fait eu deux utilités, la première étant de fournir une partie du personnel infirmier nécessaire lorsque les besoins ont augmenté, et la seconde étant de pallier au problème de quotas trop restrictifs. On peut légitimement émettre un lien entre le nombre de stagiaires présentes et l'intensité de la pénurie, ainsi que la limitation que représentaient les quotas. Il apparaît en effet plus pratique pour un employeur d'embaucher un personnel avec des permis classiques renouvelables permettant l'adaptation aux infirmières étrangères de s'adapter à leur nouveau lieu de travail. L'emploi de stagiaires constituerait à cet égard l'ultime possibilité d'embaucher des étrangers. Cette idée est aussi corroborée par le fait que jusqu'au début des années '90, la provenance des infirmières stagiaires ne semble pas différer de celle des infirmières étrangères venue avec un permis classique, comme l'indique le tableau figurant en annexe 4. Les infirmières canadiennes semblent tout de même avoir profité dans une plus grande mesure des permis de stagiaires. Cela peut montrer que même si ces dernières pouvaient acquérir un permis annuel, la démarche n'était peut-être pas toujours aisée.

Le principe de base de ces échanges est que l'infirmière retourne dans son pays d'origine à l'issue des dix-huit mois et ramène ainsi l'expérience et le savoir-faire acquis à l'étranger. A priori, le permis de stagiaire ne constitue donc pas une facilitation de l'acquisition d'un permis annuel. Cependant, l'octroi de permis étant de la compétence des cantons, le retour concret n'a pas pu être vérifié par le service responsable des programmes d'échanges de stagiaires. Il est donc envisageable qu'un certain nombre d'infirmières venues comme stagiaires soient restées par la suite avec un permis annuel.

8.3. LE ROLE DANS LE TRAVAIL TEMPORAIRE

La troisième fonction des infirmières étrangères sur le marché du travail suisse concerne le travail temporaire. A l'écoute de mes entretiens avec les responsables des agences de placement, il est apparu que les infirmières françaises constituaient un part importante des infirmières employées pour de courtes durées en Suisse. Dans certains cas, les candidates au placement temporaires étaient même exclusivement françaises.

Trois éléments ont été avancés pour expliquer cette prépondérance des infirmières françaises dans le domaine du placement temporaire. Le premier est la mentalité plus encline à travailler de cette façon. En fait, le travail temporaire serait plus répandu en France qu'en Suisse, et il apparaîtrait comme plus normal pour une infirmière française d'exercer cette

activité. La deuxième explication avancée concernait la formation française. Contrairement à la formation suisse, où les gestes techniques seraient appris en cours d'emploi, les infirmières françaises seraient prêtes à travailler de façon autonome dès leur sortie de l'école. Elles seraient donc opérationnelles plus rapidement et par conséquent plus en confiance pour travailler comme intérimaires. La dernière explication est d'ordre financier, critère essentiel pour expliquer l'attrait de la Suisse auprès des infirmières françaises. Or, le travail temporaire peut s'avérer plus lucratif qu'un emploi fixe, surtout si l'infirmière intérimaire effectue un temps de travail global supérieur à un 100%. Les conseillers des agences de placements rencontrent donc bon nombre d'infirmières françaises venant en Suisse pour une période allant de quelques mois à quelques années dans le but de travailler comme intérimaires. Leur présence apparaît comme essentielle au bon fonctionnement des différentes institutions, étant donné le peu d'attrait de cette façon de travailler pour les infirmières suisses.

Le travail temporaire présente cependant une contrainte qui est problématique dans certains cas. Il s'agit de la nécessité d'habiter à proximité des employeurs potentiels. La pénurie de logements rend parfois difficile l'arrivée de nouvelles aspirantes au travail temporaire, comme c'est le cas par exemple dans le canton de Vaud. On notera aussi la tendance récente des employeurs à essayer de diminuer leur recours aux infirmières temporaires en faisant faire des heures supplémentaires au personnel en place.

8.4. LA SEGMENTATION DU MARCHE DU TRAVAIL INFIRMIER

La dernière fonction considérée des infirmières étrangères concerne leur répartition au sein des différentes institutions suisses. Comme nous l'avons vu en abordant le sujet de la pénurie d'infirmières, cette dernière est plus ou moins prononcée selon le type d'institution dont il est question. Les difficultés de recrutement des EMS ont notamment été mises en exergue. Il peut donc être intéressant de voir le rôle que joue le personnel infirmier dans cette situation de pénurie différenciée.

Lors de mes entretiens, il m'est apparu que bon nombre d'employeurs expriment une préférence pour les postulantes suisses lors de l'embauche. Cette assertion est à prendre en un sens large, car dans un cas elle peut se comprendre comme préférence pour une personne établie dans le canton (suisse ou étrangère), alors que dans un autre cas, il s'agira des personnes de nationalité suisse de l'ensemble du pays. Cette conduite doit aussi être relativisée dans le sens où cette préférence semble plutôt s'exprimer lorsqu'il s'agit de comparer deux candidates « à qualité égale ». On notera cependant qu'à cet égard, les accords bilatéraux avec l'UE ne semblent pas avoir eu un effet important, la levée de la contrainte de priorité aux indigènes n'ayant pas entraîné de changements dans l'attitude de la plupart des employeurs.

Or, il est apparu que les infirmières suisses marquaient des préférences dans les lieux de leurs postulations, choisissant plutôt des postes permettant d'exercer des gestes techniques. A l'inverse, elles seraient moins intéressées à travailler avec des personnes âgées. Ce phénomène fut décrit par plusieurs conseillers d'agences de placement :

« C'est clair que les infirmières suisses, elles vont vouloir faire plus des soins techniques, donc obligatoirement elles seront plus vite prises dans les hôpitaux, les cliniques, les services d'urgences, les soins intensifs, des choses comme ça. Maintenant on voit plus d'infirmières étrangères dans les EMS. » (...) « En tout cas, on ne peut pas dire que les personnes qui viennent de l'extérieur prennent la place des Suisses, ça c'est faux. Parce que souvent ce qui se passe, c'est qu'il y a des gens qui viennent de l'extérieur et qui prennent des postes dont les infirmières suisses ne veulent pas. Et elles ne prennent pas le leur puisqu'elles n'ont pas envie de faire le boulot. »

Les Suissesses étant choisies prioritairement par les employeurs lors du recrutement, elles se retrouvent en nombre plus important dans des établissements tels que les hôpitaux ou les cliniques. Par contre, les besoins restent dans les établissements médico-sociaux, lesquels sont obligés de faire un recours plus important à du personnel infirmier.

Cette tendance ayant été remarquée chez tous mes interlocuteurs des agences de placement, il est surprenant de remarquer qu'elle n'est pas aussi clairement corroborée par les chiffres de l'OFS. On constatera cependant que les infirmières suisses tendent depuis 1990 à se concentrer dans le secteur « hôpitaux, cliniques et établissements de soins ». De plus, les besoins en personnel ainsi que la répartition de ce dernier peuvent fluctuer de façon assez importante en quelques années. Cette « fuite » des homes et foyers a donc pu s'accroître entre 2000 et 2006. Enfin, cette segmentation du marché du travail infirmier ayant été décrite par les interlocuteurs des agences de placement, on peut supposer que les infirmières étrangères postulent directement par elles-mêmes lorsqu'il s'agit de prendre un emploi dans un hôpital. Par contre, elles postuleraient moins par leurs propres moyens dans les homes et foyers, préférant recourir aux services d'une agence de placement. Ce dernier constat met en exergue l'importance de ces agences comme moyens de fournir du personnel aux établissements pour personnes âgées.

Tableau 5 : Répartition des infirmières suisses et étrangères selon le type d'établissement

	Hôpitaux, cliniques et établissements de soins			Homes et foyers		
	Nombre	Pourcentage étrangers / Suisses	Pourcentage selon établissement	Nombre	Pourcentage étrangers / Suisses	Pourcentage selon établissement
1970						
Infirmières étrangères	4522	21,38	96.21	178	18.43	3.79
Infirmières suisses	16'625	78.62	95.47	788	81.57	4.53
1980						
Infirmières étrangères	5'915	24.21	96.87	191	17.46	3.13
Infirmières suisses	18'516	75.79	95.35	903	82.54	4.65
1990						
Infirmières étrangères	12'302	27.90	92.96	932	16.49	7.04
Infirmières suisses	31'785	72.10	87.07	4'720	83.51	12.93
2000						
Infirmières étrangères	8'681	22.73	93.37	616	18.76	6.63
Infirmières suisses	29'519	77.27	91.72	2'667	81.24	8.28

Source : Recensements de la population 1970 – 2000, OFS

On ajoutera que depuis 2000, les infirmières venant par le biais des programmes d'échanges de stagiaires sont presque exclusivement des ressortissantes des pays d'Europe Centrale ou de l'Est³⁸. Or, la personne responsable de ces programmes m'a affirmé que ces infirmières pour la plus grande partie d'entre elles venaient travailler dans des foyers pour personnes âgées. Cette information indique qu'une difficulté plus importante réside effectivement dans le recrutement de personnel infirmier pour ces institutions, expliquant le recours à des agences de placement. De plus, on constate que ces besoins ont effectivement augmenté à partir de 2000.

³⁸ Voir à ce sujet l'annexe 5

Partie 9

Conclusions

9.1. HYPOTHESE N°1

« Les établissements hospitaliers de Suisse romande sont en situation de pénurie de personnel infirmier, les infirmières suisses ne suffisant pas à répondre aux besoins. Ces institutions sont donc en demande de personnel étranger. Ce problème est particulièrement prononcé dans les régions rurales ou économiquement défavorisées, ainsi que pour certaines spécialisations de la profession »

Il est très rapidement apparu évident que le personnel infirmier suisse ne suffisait pas à occuper à lui seul les postes dans les hôpitaux et autres établissements de Suisse, les infirmières n'étant pas formées en nombre suffisant, surtout compte tenu de leur taux de rotation et de la durée de leur activité. Cette situation est une constante dans l'histoire des établissements hospitaliers. L'hypothèse de pénurie est donc confirmée, si l'on considère une définition portant sur l'offre de travailleurs indigènes. On peut aussi considérer le terme « indigène » dans un sens large et y inclure les étrangers résidants. Plus de 5'300 infirmières étrangères détentrices d'un permis B étaient cependant encore nécessaires en 2000. La permanence de ce phénomène depuis 1970 (pour ce qui concerne les données à ma disposition) nous indique aussi qu'il s'agit d'une pénurie structurelle ayant largement dépassé la durée de trois ans caractéristique de la pénurie de court terme.

Malgré cela, pour la période présente, mes entretiens m'ont plutôt démenti l'existence d'un tel phénomène. Les employeurs définissent en fait la pénurie en des termes techniques, c'est-à-dire comme une situation où des compétences ne peuvent être obtenues en quantité suffisante, où la demande dépasse l'offre. Or, selon une telle conception, l'existence d'une pénurie dans les établissements hospitaliers est à démentir, les employeurs interrogés recrutant pour la plupart leur personnel parmi les postulations spontanées et réponses aux offres d'emploi. Si les établissements hospitaliers sont en demande de personnel étranger, on ne peut donc pas pour autant dire que cette situation soit problématique. Le rôle structurel du personnel infirmier étranger est reconnu et accepté. Dans ce contexte. Le seul inconvénient d'un recours au personnel étranger concerne en fait les entraves légales. Mais cela n'est plus vraiment valable depuis l'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation. Par contre, il a été confirmé que par le passé se sont régulièrement produites des périodes intenses de pénurie d'infirmières. Les hôpitaux ont alors dû entreprendre des démarches plus ou moins exceptionnelles de recrutement à l'étranger.

Il est aussi apparu que les infirmières suisses étaient relativement peu mobiles et ne se déplaçaient guère d'un canton à l'autre. En ce sens, l'importance du recours au personnel étranger tient plus à l'existence d'écoles en soins infirmiers qu'à la condition rurale ou économique de tel canton considéré. Par contre la facilité avec laquelle il est fait recours à du personnel étranger varie effectivement selon ces critères. A ce sujet, des mécanismes de redistribution de l'offre d'infirmières étrangères ont été observés par le biais des agences de placement, même si cette redistribution ne peut être optimale. Il est aussi apparu que la situation des hôpitaux se distinguait nettement de celle des autres établissements, et particulièrement des homes pour personnes âgées en matière de recrutement de personnel étranger, les hôpitaux recevant un nombre important de candidatures spontanées de l'étranger, alors que les homes doivent faire des démarches de recrutement plus fréquentes.

On dira donc qu'il n'existe actuellement pas de pénurie d'infirmières en soins généraux dans les hôpitaux de Suisse. Par contre, une pénurie a effectivement été constatée chez les infirmières spécialisées. Cela signifie qu'elles sont en nombre très limité parmi les infirmières suisses et qu'un recrutement à l'étranger demande des démarches particulières.

9.2. HYPOTHESE N°2

« La Suisse présente des conditions salariales et de travail avantageuses sur le plan international. Il existe en conséquence une offre de travailleurs étrangers. Mais cette offre ne suffit pas à répondre à la demande d'infirmières. Un recrutement à l'étranger est donc nécessaire. Ce recrutement peut être opéré par l'employeur ou délégué à une agence spécialisée. »

Nous avons vu qu'il existait un besoin structurel de personnel infirmier étranger en Suisse. Il s'agissait dès lors de savoir si les infirmières étrangères allaient d'elles-mêmes accéder à l'information et entreprendre les démarches leur permettant de prendre un emploi en Suisse, se constituant ainsi en « offre » auprès des employeurs, ou si c'était à l'employeur d'engager un recrutement à l'étranger afin de trouver le personnel nécessaire. Une autre façon de poser le questionnement est de s'interroger au sujet des agents intermédiaires transmettant l'information entre les infirmières étrangères et les employeurs suisses.

Pour la période durant laquelle se sont déroulés mes entretiens, il est apparu que les hôpitaux employaient principalement des infirmières étrangères ayant postulé de façon spontanée ou en réponse aux annonces figurant sur leurs sites Internet. Le média Internet est donc apparu comme un outil de recrutement particulièrement efficace dans le sens où il suscitait un nombre plus important de postulations en provenance de nombreux. Un autre moyen important de recrutement de la part des employeurs est aussi de recourir à leurs relations personnelles ou de faire jouer un réseau social, recourant notamment au personnel étranger déjà en place pour trouver des postulantes parmi leurs connaissances. On dira donc qu'actuellement, l'offre d'infirmières étrangères suffit à occuper les postes des hôpitaux de Suisse romande, ce qui infirme en partie la seconde hypothèse. Aux dires des employeurs, l'aspect salarial serait essentiel pour expliquer cette offre. D'autres facteurs interviennent, dont les conditions de travail, lesquelles seraient plus agréables en Suisse, surtout en comparaison de celles ayant cours en France. En fait, cet argument intervient surtout pour les infirmières désirant s'établir en Suisse. Par contre, c'est la dimension financière qui est déterminante pour les infirmières venant travailler quelques années en Suisse.

Il a aussi été noté que cette situation de « pléthore » d'offres était très récente et que jusqu'à une période récente, les hôpitaux devaient encore entreprendre des démarches afin de trouver le personnel nécessaire. Les pratiques auxquelles se sont alors livrés les hôpitaux consistent surtout en la publication d'annonces de recrutement dans la presse spécialisée étrangère, le choix des pays de recrutement étant principalement basé sur des critères linguistiques et de proximité. Dans des périodes de pénurie plus prononcée, c'est-à-dire lorsque les pratiques susmentionnées ne suffisaient pas, certains hôpitaux sont passés à un degré de recrutement supérieur. Il n'a cependant pas été fait systématiquement recours à des agences de placement privées classiques. Cela s'explique par le coût financier engendré par l'embauche massive d'infirmières recrutées par ce biais mais aussi par les difficultés que rencontraient les agences elles-mêmes à trouver des candidates. Par contre, les périodes de pénurie accrue ont par le passé encouragé la création d'agences de recrutement conçues spécifiquement pour remédier aux difficultés rencontrées par certains établissements. Ayant l'assurance de pourvoir le personnel recruté à l'étranger, ces agences peuvent mettre en œuvre un recrutement plus coûteux et vont donc effectuer un recrutement dans un pays plus « lointain », pratique justifiée par le fait que le personnel n'est pas disponible dans un pays plus proche. On définira ici un pays comme « lointain » lorsqu'il implique la présence physique

d'un recruteur sur place. Aujourd'hui, seul un employeur correspond encore à ce dernier cas de figure.

On rappellera aussi ici le rôle de location de services des agences, lesquelles pourvoient les hôpitaux en infirmières temporaires. Car même si certains établissements croulent sous les postulations spontanées, il n'est pas forcément commode de trouver parmi ces candidatures une infirmière disposée à effectuer une mission de courte durée. Ces agences travaillant principalement (mais de façon plus ou moins importante selon leur zone de travail) avec des infirmières françaises, on notera que non seulement le personnel infirmier étranger exerce un rôle structurel au sein du personnel infirmier global, mais de plus il remplit la fonction spécifique de personnel temporaire, mettant ainsi les hôpitaux à l'abri de pénuries de « très courte durée ». Pour ce qui est du placement fixe, on constate que ces agences ont récemment expérimenté un retournement de situation. Alors que jusqu'à peu, le marché était dominé par la demande des employeurs, c'est aujourd'hui l'offre d'infirmières qui abonde. Cette nouvelle donne a permis aux employeurs de se montrer plus exigeants. Il en a aussi résulté une intensification de la concurrence dans le secteur des agences de placement.

9.3. HYPOTHESE N°3

« Du fait que la profession infirmière peut être considérée comme hautement qualifiée et qu'il y a pénurie au sein de la population indigène, les aspects légaux constituent une moindre entrave à l'engagement de travailleurs étrangers. Pour ces mêmes raisons, les quotas en vigueur avant la mise en œuvre de la libre circulation n'ont pas constitué une entrave à l'emploi d'étrangers. Le recours à des ressortissants de l'Union européenne est cependant préféré. »

Dans la présente étude, les contraintes légales ont été considérées sous l'angle de l'octroi de permis eu égard au pays de provenance, ainsi que du contingentement. J'ai de plus observé comment certains accords bilatéraux avaient permis une migration d'infirmières en Suisse. Il est apparu qu'à de nombreux égards, les infirmières avaient effectivement bénéficié de certaines facilités d'entrée en Suisse.

D'abord, certains représentants des autorités cantonales ont affirmé s'être toujours assuré que les hôpitaux disposaient du personnel nécessaire et que les quotas n'entravaient pas l'embauche de personnel infirmier, plaçant les travailleurs de la santé en priorité devant les autres secteurs. Jusqu'en 2002, il a cependant toujours été demandé la preuve de l'absence d'infirmières disponibles en Suisse. C'est sans doute cette contrainte qui est à l'origine de plaintes concernant des l'impossibilité d'obtenir des permis pour des infirmières étrangères. Toutefois, le discours de priorité pour les travailleurs de la santé n'est pas généralisé dans tous les cantons, et il est effectivement possible que certains établissements aient connu des difficultés de recrutement en raison des limitations constituées par les quotas.

Il a été vu que cette situation n'était pas sans issue, puisque bon nombre d'employeurs ont alors recouru aux infirmières stagiaires, lesquelles s'inscrivaient dans un quota différent. Bien que des accords d'échanges de stagiaires aient été conclus avec un nombre limité de pays, il ne semble pas que le recours à ce type de permis ait modifié la position des pays de provenance des infirmières. La durée de leur séjour en suisse en a par contre été limitée à dix-huit mois. Un autre exemple de traitement particulier est l'autorisation qui a été donnée aux agences de location de service du canton du Jura d'employer des infirmières françaises pour de courtes durées, chose a priori non autorisée par la loi et strictement limité aux infirmières. On peut supposer que d'autres traitements particuliers se soient produits mais

mes informations ont été grandement limitées par le fait que je me suis souvent entretenue avec des personnes en poste depuis peu.

La loi suisse autorisant la migration de personnel qualifié lorsque des motifs particuliers justifient une exception, la question a été posée de savoir si le caractère qualifié de la formation d'infirmière, ainsi qu'une présumée pénurie comme motif particulier avaient pu autoriser l'entrée d'infirmières provenant de pays tiers. Cela a effectivement été le cas lors de circonstances spécifiques, c'est-à-dire lorsque la pénurie a été si forte qu'elle a été reconnue comme telle par les autorités fédérales. Cela explique d'une part la directive spéciale qui autorise l'immigration d'infirmières spécialisées en provenance de pays tiers. Mais cela élucide aussi les autorisations fédérales délivrées exceptionnellement à certains établissements suisses-alsaciens leur permettant de recruter du personnel en Inde ou aux Philippines. A ma connaissance, de telles dérogations n'ont cependant pas eu lieu pour des hôpitaux romands. Par contre, le recrutement d'infirmières canadiennes dans la période allant de 1998 et 2003 (entre le passage à la politique des deux cercles et la signature du protocole d'entente avec le Canada) a bénéficié d'une tolérance de la part des autorités cantonales et fédérales, à défaut d'une autorisation formelle. Durant cette période, aucune disposition légale n'autorisait pourtant de telles pratiques, mais en vertu de la tradition de recrutement au Canada et du rôle des infirmières canadiennes au sein de certains établissements romands, une certaine souplesse a été observée.

L'entrée en vigueur des accords sur la libre circulation semble cependant avoir passablement modifié la donne. En ouvrant la porte aux ressortissants de toute l'Europe, il est mis à disposition des établissements de santé un bassin de recrutement très important, d'autant plus qu'une recrudescence de l'offre d'infirmières étrangères semble avoir été initiée par ces accords. Il devient en conséquence difficile pour un hôpital de prouver que le personnel suffisant n'a pu être trouvé et de justifier un recrutement dans un pays tiers. Les homes semblent pour leur part rencontrer ce genre de difficultés. Certains EMS suisses-alsaciens recourent alors à des infirmières stagiaires en provenance d'Europe centrale et de l'Est, à l'instar des hôpitaux romands dans les années '80 et '90.

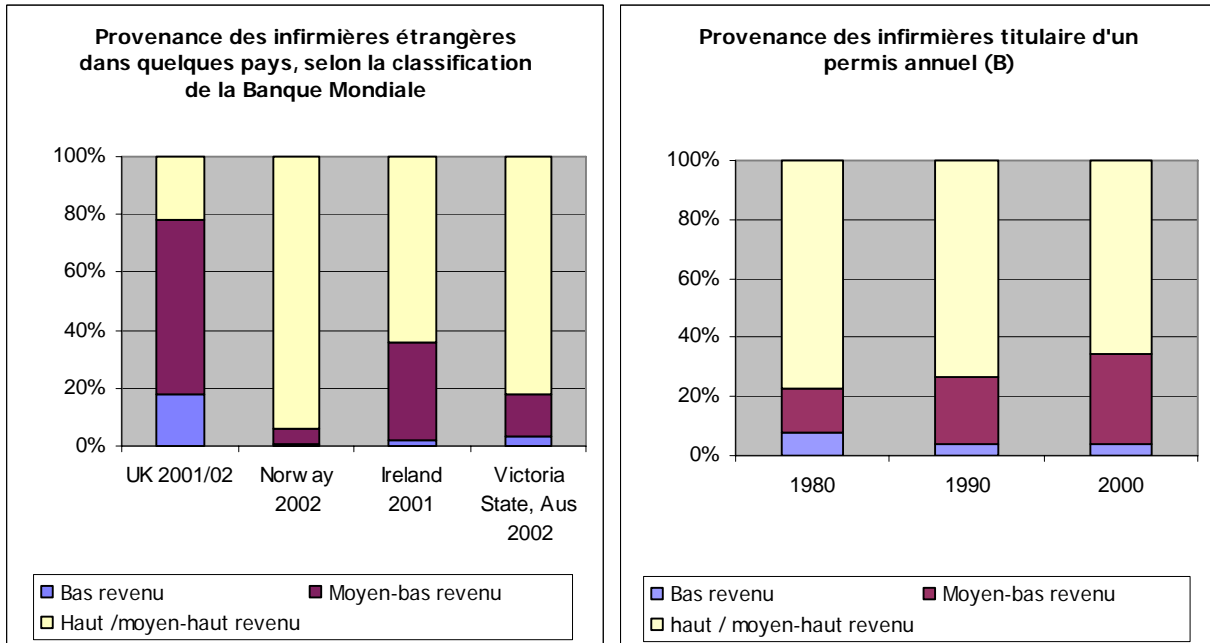
9.4. LE CAS DE LA SUISSE DANS UN CONTEXTE DE MIGRATIONS INTERNATIONALES DES INFIRMIERES

Nous avons vu quels étaient les pays d'où provenaient les infirmières étrangères venant travailler en Suisse et comment pouvaient s'expliquer ces migrations. En ce qui concerne les départs de la Suisse, tous mes interlocuteurs m'ont dit ne pas penser qu'il existe un phénomène d'émigration des infirmières suisses à l'étranger, hormis peut-être dans le cadre de travail humanitaire. On peut dès lors intégrer la Suisse dans le système des migrations internationales d'infirmières et voir quelle est sa position.

J'ai ici repris dans le tableau 6 la classification de la Banque Mondiale à laquelle avait fait recours BUCHAN pour voir les pays de provenance des infirmières. On constate qu'en 2000, le cas de la Suisse semble se rapprocher de celui de l'Irlande, avec une part très faible d'infirmières provenant de pays à bas revenu et environ 30% d'infirmières venant de pays où le revenu est « moyen-bas ». Toutefois, les deux pays diffèrent beaucoup en ce qui concerne les pays mêmes où le personnel est recruté. En effet, les principaux pays de provenance des infirmières travaillant en Irlande sont les Philippines, la Grande-Bretagne, l'Australie, l'Afrique du Sud et l'Inde (BUCHAN, 2003 : 20). En Suisse, le pourcentage d'infirmières provenant de pays où le revenu est « moyen-bas » s'explique principalement par la présence d'infirmières d'Ex-Yougoslavie. Pour le reste, le recrutement s'effectue principalement dans des pays européens (à l'exception du Canada, de l'Inde et des Philippines). A cet égard, le cas de la

Suisse semble plutôt se rapprocher de celui de la Norvège, dont le personnel infirmier provient essentiellement de pays scandinaves (BUCHAN, 2003 : 21). Il est intéressant de noter que dans la mesure où un recrutement est opéré dans un pays non européen, il est effectué dans les pays qui sont en quelque sorte les « viviers mondiaux d'infirmières », c'est-à-dire les Philippines et l'Inde.

Tableau 6 : Provenance des infirmières étrangères selon la classification de la Banque Mondiale



BUCHAN, 2003 : 46 / MERCAY, 2006

Dans la perspective du « carrousel » décrit par MARTINEAU, on notera que la Suisse recrute son personnel en France, qui recrute en Espagne et dans les pays africains ; au Canada, qui recrute en Grande-Bretagne, qui recrute en Afrique du Sud qui recrute à Cuba etc. Ainsi, la Suisse participe effectivement au « carrousel » des migrations d'infirmières. Du fait qu'on ne connaît pas de phénomène d'émigration des infirmières suisses à l'étranger, on peut même dire que la Suisse est l'un des chaînons initiateurs des migrations internationales d'infirmières.

9.5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR

L'idée fondamentale qui sous-tendait ce travail était qu'il y avait une pénurie d'infirmières au sein des hôpitaux suisses. C'est dans cette perspective que je me suis intéressée aux agences de placement, à la façon dont celles-ci opéraient et étaient susceptibles de remédier à une pénurie. Or, au fil de mes entretiens, il est apparu qu'actuellement les hôpitaux romands n'éprouvaient aucunement une pénurie, se satisfaisant pour la plupart des candidatures spontanées qu'ils reçoivent. Par conséquent, les hôpitaux ne font que rarement appel à des agences de placement pour ce qui est du personnel fixe. Cela m'a été confirmé par les interlocuteurs des agences de placement, lesquels m'ont affirmé plutôt travailler avec des hôpitaux de plus petite dimension, mais aussi dans une grande mesure avec les EMS. De par mes hypothèses, les agences de placement étaient un acteur important et les conseillers y travaillant figuraient parmi mes principaux interlocuteurs. Je me suis donc résolue à décrire leurs pratiques et à intégrer les informations recueillies par cette

voie au sein de mon analyse. Par conséquent, mon analyse a effectivement dépassé le cadre d'étude initialement fixé. Mais ce choix m'a permis de mettre en lumière un certain nombre de phénomènes ayant trait principalement aux établissements pour personnes âgées. Il est effectivement apparu que c'était actuellement ce type d'institutions qui rencontrait le plus de difficultés à trouver le personnel infirmier nécessaire.

On peut s'interroger sur la pérennité de la situation de pléthore d'offre ayant lieu dans bon nombre d'hôpitaux. Plusieurs facteurs semblent intervenir sur la demande en infirmières. Par exemple, le secteur des soins est actuellement en transformation. Une nouvelle catégorie de soignants, les assistants en soins de santé communautaire, décrits comme des intermédiaires entre l'aide-soignant et l'infirmière, commence à sortir des écoles et les services doivent se restructurer afin d'intégrer ces nouveaux professionnels. De par la probable diminution des effectifs infirmiers que cela va occasionner, mais aussi grâce à la passerelle entre cette formation et celle menant à la profession infirmière, on peut assez sereinement envisager l'avenir dans le secteur hospitalier. Il faut cependant garder en tête le caractère cyclique et d'une certaine façon incertain de la pénurie d'infirmières. Quoi qu'il en soit, les infirmières européennes, depuis que les barrières légales ont été levées, montrent plus que jamais une volonté de venir travailler en Suisse. Mes interlocuteurs se sont montrés plutôt confiants en la permanence de l'attrait de la Suisse pour ces infirmières étrangères.

En ce qui concerne les EMS, la situation semble plus délicate. Bon nombre d'établissements, particulièrement en Suisse alémanique éprouvent déjà des difficultés à trouver le personnel nécessaire. Avec le vieillissement de la population, il est évident qu'à l'avenir, les besoins de prise en charge de personnes âgées vont augmenter. La grande inconnue est le degré de financement de cette prise en charge par les pouvoirs publics. Les besoins futurs en personnel infirmier dépendent donc de façon importante de décisions politiques concernant le troisième âge. Si se manifeste la volonté politique de mettre en place les structures pour personnes âgées, alors on peut présager que des manques d'infirmières se produiront. Le cas échéant, il est possible que les institutions suisses aillent chercher leur personnel dans les « viviers » mondiaux que sont les Philippines ou l'Inde, comme cela s'est déjà pratiqué quelques fois. Le recrutement dans les pays d'Europe centrale et de l'Est semble aussi être une voie qui est amenée à prendre de l'importance à l'avenir.

Bibliographie

Alkire, S. and Chen, L. 2004: Medical Exceptionalism in International Migration: Should Doctors and Nurses Be Treated Differently ? Stockholm : Institute for Future Studies.

Bach, S. 2003 : International migration of health worker: Labour and social issues. Geneva: International Labour Office.

Bach, S. 2004 : Migration patterns of physicians and nurses : still the same story ? Bulletin of the World Health Organization 82. 624-625

Consulté le 04.09.06 sur :

<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/8/en/624.pdf#search=%22Mejia%20nurses%201979%22>

Baumann A. Blythe J. Kolotylo C et Underwood J. 2004 : Tendances en matière d'immigration et d'émigration : une perspective canadienne. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers.

Consulté le 21.01.06 <http://www.buildingthefuture.ca/f/whatsnew/progressreport/Step14-Final%20French-Oct22.pdf>

Bedford C. 2003 : Skill shortages in New Zealand : public and private sector responses. New Zealand Population Review 29(2). 63-88

Bundred, P., Martineau, T. and Kitchiner, D. 2004. Factors affecting the global migration of health professionals. Harvard Health Policy Review 5. 77-87.

Buchan, J. 2002 : international recruitment of nurses : United Kingdom case study

Buchan, J. et Calman L. 2004 : La pénurie mondiale d'infirmières diplômées : Aperçu des questions et solutions : Conseil international des infirmières

Consulté le 12.01.06 sur: <http://www.icn.ch/global/shortagef.pdf>

Buchan, J., Kingma, M. and Lorenzo F. 2005 : International migration of nurses :trends and policy implications. Genève : International Council of Nurses

Consulté le 12.01.06 sur <http://www.icn.ch/global/summary.pdf>

Cohen Y. 2004 : Rapports de genre, de classe et d'ethnicité : l'histoire des infirmières au Québec. Bulletin canadien d'histoire de la médecine 21. 387-409.

De Troyer, M. 2000 : Le secteur hospitalier en Europe : Rapport d'introduction pour le colloque « Working without limits ? », Bruxelles 25-27 sep.

Descours, C. 2003 : Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de la santé sur le territoire. Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Consulté le 31.05.06 sur :

http://www.urmla.org/base/IMG/pdf/Rapport_Descours_Demographie_Medicale.pdf

Dumont, J.-C et Meyer, J.B. 2004 : The international mobility of health professionals : An evaluation and analysis based on the case of South Africa. Trends in International Migration : 2003 SOPEMI. Paris. OECD

Ehrenreich, B., Hochschild A.R. 2003 : Global Woman :Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy. New York : Metropolitan books

Findlay, A. 1990: A Migration Channel Approach to the study of High Level Manpower Movements : A Theoretical Perspective. International Migration 28. 15-22.

Findlay, A. and **Garrick, L.** 1990. Scottish emigration in the 1980s: a migration channels approach to the study of skilled international migration. *Transactions of the Institute of British Geographers* 15, 177-192.

Findlay, A. and **Li, F.** 1998. A Migration Channels Approach to the Study of Professionals Moving to and from Hong Kong. *International Migration Review* 32. 682-703.

Giannocolo, P. 2004 : The Brain drain a survey of the Literature. Département de sciences économiques de Bologne. Working paper 526.

Gilliand P. 1991: Démographie médicale en Suisse: 1900-1990-2020. Lausanne: Réalités sociales

Gordon, I. 1995: Migration in a segmented labour market. *Trans Inst Br Geogy.* 139 - 155

Goss, J. and **Lindquist, B.** 1995: Conceptualizing International Labor Migration: A Structuration Perspective. *International Migration Review* 29. 317-351

Iredale, R. 1999 :The Need to Import Skilled Personnel : Factors Favouing and Hindering its international Mobility. *International Migration* 37. 89-114.

Iredale, R. 2001 : The Migration of professionals : Theories and typologies. *International Migration* 39. 7-26.

Consulté le 12.01.06 sur :

<http://www.unescap.org/esid/psis/population/journal/1992/v07n2a1.htm>

Kanjanapan, W. 1995 : The Immigration of Asian Professionals to the United States: 1988-1990. *International Migration Review* 29. 7-32.

Kelly, P. et **D'Addario S.** 2004 : Explication de la segmentation du marché du travail : Travailleurs des soins de santé philippins dans le Toronto transnational. Conférence Metropolis en Atlantique.

Consulté le 01.09.06 sur :

www.atlantic.metropolis.net/.../Atlantic-Metropolis-Presn-KELLYe_f.ppt

Kofman, E. 2000 : The Invisibility of Skilled Female Migrants and Gender Relations in Studies of Skilled Migration in Europe. *International Journal of Population Geography* 6. 45-59

Consulté le 01.09.06 sur:

<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/69503265/PDFSTART>

Lowell, B. et **Findlay A.** 2002. L'émigration de personnes hautement qualifiées de pays en développement, impact et réponses politiques. *Cahier des migrations internationales* 44F

Mahnig, H. 2005 : Histoire de la politique de migration, d'asile et d'intégration en Suisse depuis 1948. Zürich. Seismo

Martineau, T., Decker, K. and **Bundred, P.** 2002 : Briefing note on international migration of health professionals : levelling the playing field for developing country health systems.

Massey, D., Arango, J., Hugo, G., Kouaouci, A., Pellegrino, A. and **Taylor J.** 1998 : *Worlds in motion.* New York : Oxford University Press.

Mejia, A. 1977 : *Migration of Physicians and Nurses : a World Wide Picture.* Geneva : WHO

Montmarquette C. et Thomas L. 2005 : La pénurie de travailleurs qualifiés. Montréal. Rapport de projet. CIRANO

OCDE. 2003: Pénuries de main-d'œuvre et recours à l'immigration : panorama des recherches récentes in *Tendances des migrations internationales.* 109-136

Oso Casas, L. 2005 : Femmes, actrices des mouvements migratoires. In Vershuur C. et Reysoo F. Genre, nouvelle division internationale du travail et migrations L'Harmattan : 35-65.

Piguet, E. 2004 : L'immigration en Suisse : cinquante ans d'entrouverture. Lausanne. Le savoir suisse

Rossel R., Siffert N. 2003 : Coûts de la santé en Suisse : Evolution de 1960 à 2000. Neuchâtel. OFS

Salt, J. 1992 : Migration Processes among the highly Skilled in Europe. International Migration Review 26. 484-505.

SEW, 2003: Offre et demande de main-d'œuvre infirmière: problèmes au niveau mondial. Bulletin du SEW 1

Stilwell B., Khassoum D., Zurn P., Dal Poz M., Adams O et Buchan J., 2003: Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. Human Resources for Health 1 (8). 1-13.

Undritz, N. L'évolution des structures hospitalières en Suisse. Texte élaboré pour le livre « Système de santé suisse 2004-2005 ». Bern. Hans Huber.

Zanferrari F. 2005: Interprétations masculines et attentes féminines à l'égard des hommes dans le travail social. Le Portique, Carnet 1-2005.

Annexes

Annexe 1 : Nombre d'infirmières étrangères en Suisse entre 1970 et 2000 (Permis B et C)

	1970		1980		1990		2000	
	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre
Allemagne	29.22	1805	22.50	1658	25.32	3912	25.99	3276
Ex-Yougoslavie	8.06	498	8.85	652	16.07	2483	18.21	2296
France	14.65	905	11.36	837	13.44	2076	14.33	1806
Italie	14.97	925	8.75	645	7.61	1175	7.11	896
Pays-Bas	5.39	333	4.80	354	4.91	758	4.42	557
Autriche	5.76	356	4.63	341	3.88	599	3.76	474
Autres pays d'Asie	0.57	35	4.30	317	3.92	606	3.11	392
Canada	0.36	22	2.93	216	1.43	221	2.82	356
Espagne	3.98	246	3.54	261	2.76	427	2.73	344
Belgique	1.42	88	1.15	85	2.03	314	2.53	319
Inde	0.71	44	2.52	186	3.08	476	2.48	312
Portugal	1.54	95	1.91	141	2.66	411	2.24	282
Finlande	1.89	117	2.93	216	1.46	226	1.32	166
Royaume Uni	2.06	127	2.96	218	1.61	248	1.27	160
Autres pays d'Amérique	0.92	57	4.32	318	2.19	338	1.24	156
Turquie	0.28	17	0.75	55	0.98	151	0.99	125
Autres pays d'Europe	0.99	61	1.53	113	0.63	98	0.94	119
Autres pays d'Afrique	1.08	67	2.27	167	1.20	186	0.77	97
Total étrangers	100.00	6178	100.00	7368	100.00	15448	100.00	12606
Suisses		24666		28307		49224		47227
Total		30844		35675		64672		59833

OFS: Recensements de la population

Annexe 2: Infirmières étrangères selon le pays de provenance dans les cantons romands entre 1970 et 2000

1970		1980		1990		2000	
France	812	France	761	France	1907	France	1684
Italie	259	Autres pays d'Amérique	281	Portugal	349	Canada	348
Allemagne	258	Espagne	224	Autres pays d'Amérique	300	Belgique	250
Espagne	206	Canada	205	Belgique	255	Ex-Yougoslavie	224
Pays-Bas	107	Italie	179	Italie	247	Italie	176
Royaume Uni	91	Royaume Uni	160	Espagne	233	Portugal	175
Portugal	90	Allemagne	144	Canada	210	Espagne	161
Belgique	77	Portugal	134	Ex-Yougoslavie	205	Autres pays d'Amérique	110
Ex-Yougoslavie	58	Autres pays d'Afrique	126	Royaume Uni	177	Allemagne	103
Autres pays d'Afrique	50	Pays-Bas	100	Allemagne	176	Royaume Uni	101
Autriche	34	Ex-Yougoslavie	80	Autres pays d'Afrique	132	Pays-Bas	65
Autres pays d'Amérique	31	Belgique	72	Pays-Bas	96	Autres pays d'Afrique	54
Autres pays d'Europe	23	Autres pays d'Europe	58	Tunisie	67	Autres pays d'Europe	30
Canada	17	Tunisie	54	Autres pays d'Europe	37	Autres pays d'Asie	21
Tchécoslovaquie	17	Autriche	34	Chili	37	Pologne	20
Vietnam	15	Chili	28	Autres pays d'Asie	28	Chili	17
Tunisie	12	Autres pays d'Asie	23	Algérie	24	Tunisie	14
Etats-Unis	11	Suède	21	Pologne	23	Autriche	13
Océanie	11	Pologne	17	Inde	18	Finlande	10
Etat inconnu	11	Tchécoslovaquie	16	Autriche	17	Rép. tchèque et Slovaquie	10
Algérie	9	Algérie	16	Etats-Unis	15	Algérie	10
Danemark	9	Finlande	15	Suède	15	Iran	10
Finlande	7	Océanie	15	Turquie	14	Etats-Unis	9
Pologne	6	Hongrie	15	Roumanie	14	Suède	8
Autres pays d'Asie	5	Turquie	13	Océanie	12	Turquie	8
Suède	5	Inde	13	Vietnam	12	Danemark	6
Turquie	5	Iran	12	Finlande	10	Inde	6
Israël	5	Etats-Unis	12	Tchécoslovaquie	10	Océanie	6
Grèce	5	Vietnam	10	Iran	8	Roumanie	4
Iran	4	Roumanie	6	Israël	7	Vietnam	3
Pays divers	10	Pays divers	25	Pays divers	22	Pays divers	10
Total étrangers	2260	Total étrangers	2869	Total étrangers	4677	Total étrangers	3666
Suisses	5474	Suisses	5978	Suisses	10017	Suisses	8803
Total	7734	Total	8847	Total	14694	Total	12469

Source : OFS

Annexe 3 : Infirmières étrangères selon le pays de provenance dans les cantons alémaniques entre 1970 et 2000³⁹

1970		1980		1990		2000	
Allemagne	1524	Allemagne	1485	Allemagne	3697	Allemagne	3132
Ex-Yougoslavie	422	Ex-Yougoslavie	488	Ex-Yougoslavie	2073	Ex-Yougoslavie	1879
Autriche	318	Autriche	303	Pays-Bas	652	Pays-Bas	477
Italie	276	Autres pays d'Asie	294	Autriche	574	Autriche	454
Pays-Bas	220	Pays-Bas	249	Autres pays d'Asie	566	Italie	452
Rép. tchèque et Slovaquie	111	Finlande	197	Italie	550	Autres pays d'Asie	361
Finlande	109	Italie	184	Inde	382	Inde	261
France	89	Inde	162	Finlande	212	Espagne	173
Inde	41	Rép. tchèque et Slovaquie	125	Espagne	181	Finlande	152
Espagne	38	France	66	France	160	Turquie	113
Autres pays d'Europe	38	Autres pays d'Europe	53	Turquie	134	France	112
Royaume Uni	35	Royaume Uni	53	Suède	74	Portugal	99
Autres pays d'Asie	30	Suède	52	Royaume Uni	69	Autres pays d'Europe	84
Danemark	24	Turquie	42	Pologne	66	Belgique	67
Hongrie	23	Autres pays d'Amérique	37	Rép. tchèque et Slovaquie	64	Rép. tchèque et Slovaquie	62
Etat inconnu	23	Autres pays d'Afrique	35	Autres pays d'Europe	58	Royaume Uni	57
Suède	21	Espagne	30	Belgique	57	Suède	56
Liechtenstein	21	Liechtenstein	20	Portugal	55	Pologne	42
Autres pays d'Afrique	17	Hongrie	19	Autres pays d'Afrique	48	Autres pays d'Amérique	41
Autres pays d'Amérique	16	Pologne	18	Liechtenstein	37	Autres pays d'Afrique	40
Grèce	12	Danemark	18	Autres pays d'Amérique	34	Liechtenstein	33
Turquie	11	Océanie	16	Hongrie	34	Hongrie	24
Belgique	11	Etats-Unis	15	Chine	30	Danemark	22
Etats-Unis	8	Belgique	13	Danemark	22	Etats-Unis	20
Océanie	8	Canada	10	Etats-Unis	20	Chine	14
Pologne	7	Israël	10	Iran	17	Roumanie	10
Chine	6	Japon	7	Grèce	14	Iran	9
Israël	6	Portugal	6	Vietnam	14	Chili	8
Canada	5	Chine	6	Canada	11	Canada	8
Japon	5	Chili	6	Liban	11	Grèce	4
Portugal	4	Grèce	6	Chili	9	Algérie	4
Iran	3	Tunisie	5	Cambodge	9	Océanie	4
Chili	3	Vietnam	3	Océanie	8	Tunisie	3
Algérie	2	Roumanie	2	Tunisie	8	Israël	3
Roumanie	1	Algérie	2	Roumanie	7	Japon	3
Tunisie	0	Cambodge	2	Japon	6	Liban	3
Liban	0	Iran	1	Algérie	5	Cambodge	2
Cambodge	0	Liban	1	Israël	3	Vietnam	1
Vietnam	0	Etat inconnu	1	Etat inconnu	1	Etat inconnu	0
Pays divers	13	Pays divers	23	Pays divers	56	Pays divers	23
Total étrangers	3488	Total étrangers	4042	Total étrangers	9972	Total étrangers	8289
Suisses	18686	Suisses	21644	Suisses	38034	Suisses	37400
Total	22174	Total	25686	Total	48006	Total	45689

Source : OFS

³⁹ Sont ici comptabilisées les infirmières travaillant dans les cantons alémaniques plus le canton bilingue de Berne.

Annexe 4 : Nombre d'infirmières stagiaires en Suisse selon la provenance

	<i>Total</i>	France	Canada	Belgique	Espagne	Grande - Bretagne	Etats-Unis	Autres
1980*	404	113	11	22	22	-	4	232
1981*	623	184	42	58	32	-	18	289
1982*	550	130	69	55	31	-	29	236
1983*	204	34	35	26	5	-	14	90
1984*	131	15	26	23	5	-	8	54
1985*	168	20	41	22	2	-	5	78
1986*	136	23	22	24	1	-	0	66
1987*	177	63	48	15	1	-	0	50
1988	201	90	37	18	1	-	0	55
1989	191	69	28	17	1	0	1	75
1990	235	85	46	29	2	6	1	66
1991	303	168	49	22	2	20	0	42
1992	268	77	66	23	0	13	11	78
1993	157	31	42	12	0	2	7	63
1994	94	22	21	7	0	0	5	39
1995	76	10	24	8	0	0	4	30
1996	48	5	14	3	0	0	4	22
1997	42	3	5	0	0	0	4	30
1998	15	5	0	4	0	0	0	6
1999	21	12	0	0	0	0	0	9
2000	53	1	0	0	0	0	0	52
2001	171	1	0	0	0	0	1	169
2002	246	0	0	0	0	0	0	246
2003	182	0	0	0	0	0	0	182
2004	105	0	0	0	0	0	0	105

Source : SECO

* Les données correspondant à ces années englobaient l'ensemble des stagiaires occupées dans les soins médicaux. J'ai retranché 10% à ces chiffres pour obtenir une idée plausible du nombre d'infirmières.

Annexe 5 : Nombre d'infirmières stagiaires venant de pays d'Europe centrale et de l'Est entre 1997 et 2004

	<i>Total</i>	Roumanie	Pologne	Bulgarie	Slovaquie	République Tchèque	Russie	Hongrie
1997	4	0	1	1	0	0	0	0
1998	15	0	0	0	3	0	0	0
1999	21	0	0	1	3	2	0	2
2000	53	2	3	29	9	3	1	5
2001	171	52	7	55	17	12	20	3
2002	246	105	7	73	33	13	10	3
2003	182	61	7	47	34	10	9	13
2004	105	45	1	22	26	7	2	2

Source : SECO

Annexe 6 : Les différents canaux migratoires

Les informations présentées ci-dessous n'étant en fait qu'une répétition de ce qui a déjà été expliqué, ce chapitre figure en annexe. J'ai tenu à adjoindre cette partie au travail car si les informations amenées ici ne sont pas nouvelles, leur formulation par pays d'origine permet d'éclaircir les canaux migratoires intervenant. Dans l'immigration des infirmières en Suisse.

Dans cette recherche, le cadre théorique utilisé était celui des canaux migratoires. Cette approche visait à comprendre comment les canaux motivationnels, informationnels et légaux structurent l'espace migratoire, agissant de façon sélective selon le pays concerné. Afin de mettre en œuvre ce projet, je vais donc maintenant reprendre les données du recensement de la population pour quelques pays d'origine et voir comment celles-ci sont explicables par la pénurie, les pratiques de recrutement ainsi que par les différentes composantes de la politique migratoire. Ceci va me permettre de mettre en évidence les différents canaux migratoires intervenant dans les migrations d'infirmières. Si je me suis principalement concentrée sur les infirmières migrant en Suisse romande, je reviendrai aussi sur des flux migratoires concernant plutôt la Suisse alémanique, ayant eu accès à des informations permettant d'expliquer certains chiffres au premier abord surprenants.

FRANCE

Il n'est sans doute guère surprenant de voir apparaître en tête de liste des pays d'origine la France. Ce sont principalement la proximité géographique ajoutée à la similarité linguistique qui en font le pays de recrutement de prédilection. A ces avantages s'ajoutent une formation considérée de qualité et équivalente à celle délivrée en Suisse. Si des bémols sont à ajouter, ils concernent la capacité d'adaptation des infirmières selon leur région d'origine et la philosophie des soins, laquelle diffère quelque peu de celle ayant cours en Suisse. Il ne s'agit cependant pas là d'arguments susceptibles de remettre en question le recrutement d'infirmières françaises. Il ne m'a guère été possible de trouver des informations sur les pratiques de recrutement ayant eu lieu entre 1970 et 2000. Celles-ci semblent cependant s'être limitées aux annonces dans les journaux ou au recours aux relations personnelles. A ma connaissance, seules les agences de placement privées ont pratiqué un recrutement plus approfondi sur le territoire français mais pour la période allant de 1970 à 2000, il ne m'a pas été possible de savoir dans quelles mesure les hôpitaux y avaient alors fait recours. Il semblerait en fait que les migrations d'infirmières françaises soient principalement initiées par l'offre, cette offre s'expliquant principalement par la dimension salariale nettement avantageuse en Suisse. Il est ici donné raison à MARTINEAU (2002 :13) lorsque celui-ci avance que si les conditions de travail offertes par l'employeur sont suffisamment attractives, les migrants prospectant vont naturellement trouver un accès à ces emplois. Cette offre d'infirmières françaises a cependant fluctué au travers des décennies et on retiendra particulièrement le recensement de 1980, lequel fait apparaître une diminution du nombre d'infirmières françaises et par là, de l'offre de celles-ci. C'est particulièrement durant cette période qu'un recrutement dans d'autres pays s'est avéré nécessaire. La migration d'infirmières françaises se caractérise par un apport continu de nouvelles arrivées conjointement à une migration d'établissement, comme nous l'indique le tableau des autorisations de séjour. D'un point de vue légal, la France a toujours été dans les pays où le recrutement était accepté voire privilégié. La seule difficulté réglementaire qui a pu être rencontrée à l'embauche d'infirmières françaises était la contrainte du contingent. Le comportement des autorités cantonales à cet égard fut variable, certaine affirmant un principe de priorité des travailleurs de la santé, d'autres les mettant sur un pied d'égalité avec les autres catégories. Cette contrainte fut cependant dans quelques cas détournée par les

employeurs, lesquels ont fait des demandes de permis de stagiaires lorsque les permis B ne pouvaient plus être délivrés. Depuis 2002, les infirmières françaises semblent avoir vu leur rôle s'accroître sur le marché du travail suisse. L'attrait des conditions salariales ajouté aux facilités permises par les accords sur la libre circulation ont engendré une recrudescence de l'offre d'infirmières françaises apparaissant à travers les postulations spontanées.

BELGIQUE

Le moins que l'on puisse dire des infirmières belges, c'est qu'elles bénéficient d'une grande popularité auprès des employeurs suisses, popularité s'expliquant par une formation de qualité, une philosophie des soins identique à celle pratiquée en Suisse ainsi qu'une mentalité jugée compatible avec celle des Suisses. Aussi, il peut-être surprenant de constater qu'elles ne figurent pas en plus grand nombre parmi les infirmières étrangères travaillant en Suisse. On constate en effet, que ce n'est qu'à partir du recensement de 1990 qu'elles apparaissent dans le peloton de tête des infirmières étrangères travaillant en Suisse romande. Bénéficiant des mêmes ouvertures sur le marché du travail suisse que les infirmières françaises, cette faible présence ne peut pas s'expliquer par des questions légales. L'explication réside donc soit dans un faible recrutement dans ce pays, soit par un faible désir de la part de ces infirmières de quitter leur pays. Il est probable que dans les années '70 et quatre-vingt, peu d'infirmières belges se soient rendues disponibles pour travailler en Suisse, comme cela semble avoir été le cas avec d'autres pays d'Europe. Mais il a aussi été vu qu'un employeur ou une agence dont le recrutement est habituellement axé sur la France peut éprouver des difficultés à passer à une nouvelle aire de recrutement nécessitant de nouvelles démarches. J'émet donc l'hypothèse que si pendant longtemps, les infirmières belges n'ont pas été plus présentes en Suisse, c'est à cause de l'inertie des pratiques de recrutement. Cependant, de la même façon que pour les infirmières françaises, il semble y avoir une recrudescence de l'offre depuis 2002. Les employeurs étant eux-mêmes limités à l'UE dans leur aire de recrutement, on peut imaginer que les infirmières belges vont être amenées à prendre encore plus d'importance à l'avenir. On notera encore que la structure par type de permis est extrêmement proche de celle des infirmières françaises, ce qui nous indique que les infirmières belges présentes en Suisse ont toujours été composée de personnel résident et d'un apport continu de nouvelles personnes.

CANADA

Le recrutement des infirmières canadiennes est un cas plus particulier. C'est à la fin des années '70, alors que les établissements hospitaliers éprouvaient beaucoup de difficultés à trouver le personnel nécessaire, que cette piste a été initiée. Les infirmières canadiennes sont particulièrement appréciées des employeurs en raison de la similarité linguistique, de la qualité de leur formation, des affinités entre mentalités canadienne et suisse ainsi que de la philosophie de soins dont est inspirée celle pratiquée en Suisse. Malgré cet attrait, l'éloignement géographique fait que cette filière n'a été amorcée que dans un contexte de pénurie accrue. J'ai identifié deux acteurs ayant pratiqué le recrutement au Canada. L'agence travaillant spécifiquement avec les hôpitaux vaudois ainsi qu'un particulier ayant plutôt recruté pour le compte d'établissements des cantons de Neuchâtel et Fribourg. Le fait que cette dernière activité ait cessé après quelques années montre que ce n'est qu'en cas de difficulté de recrutement dans des pays plus proches qu'il a été fait recours à la voie du Canada. Le CHUV n'a par contre jamais cessé de recourir à ce personnel, de part l'insuffisance d'infirmières disponibles en Europe mais aussi en raison de l'habitude prise de recruter au Québec. On trouve aussi des infirmières canadiennes travaillant dans les autres cantons romands mais cette présence s'explique soit par un changement de lieu de travail après une

première expérience dans un hôpital de Lausanne, soit par une prospection autonome auprès des établissements suisses.

D'un point de vue légal, la politique à l'égard des ressortissantes canadiennes a connu plusieurs étapes. Jusqu'en 1986, aucune mention n'étant faite à propos du pays d'origine des personnes auxquelles était octroyé un permis de séjour, le recrutement au Canada n'a pas été problématique. Dès 1986, ces pratiques auraient pu être remises en question par le fait que le Canada ne figure que dans le second cercle de recrutement. L'embauche d'infirmières canadiennes a cependant continué à y être autorisée. A partir de 1998, le recrutement d'infirmières canadiennes n'aurait cependant plus du être possible. En vertu de la tradition de recrutement construite au fil des années, cette pratique a cependant été tolérée par les autorités. La situation fut normalisée par le protocole conclu avec le Canada en 2003, lequel par une conception large de la notion de « personnel qualifié » permet le recrutement d'infirmières canadiennes pour autant que le personnel n'ait pas été trouvé au sein de l'UE. On ajoutera aussi que parallèlement aux infirmières ayant obtenu un permis B pour entrer en Suisse, elles furent quelques dizaines à rentrer chaque année dans le pays avec des permis de stagiaires dans la période allant de 1980 (date de l'accord d'échange de stagiaires avec le Canada) à 1996.

On notera encore au sujet des infirmières canadiennes qu'elles sont relativement peu à s'établir en Suisse⁴⁰ et que la plupart retournent dans leur pays après une ou quelques années d'expérience en Suisse. Le personnel infirmier canadien est donc en perpétuelle rotation. Cette spécificité le rend aussi plus sensible aux aléas de la demande étant donné que l'on constate une baisse du recours aux infirmières canadiennes depuis la recrudescence d'offres en provenance de l'Europe francophone.

INDE

Le cas des infirmières indiennes ne concerne que très peu la Suisse romande. On trouve effectivement 382 des 476 infirmières indiennes présentes en Suisse en 1990 en Suisse alémanique. Le canton de Zürich compte alors à lui-seul 113 infirmières indiennes. Deux explications à ce flux migratoire m'ont été données. La première est que lors d'une période de pénurie très prononcée, une autorisation fédérale a été donnée à un établissement de Suisse alémanique de recruter des infirmières dans un pays tiers, en l'occurrence l'Inde. L'explication du choix du pays peut être donnée par la confiance en la formation héritée de la période de colonisation anglaise, le caractère « maternel » attribué aux infirmières indiennes ainsi que la présence d'un personnel en recherche d'emploi. L'hôpital en question a donc envoyé des personnes sur place afin de recruter des infirmières et des cours de langue ont été organisés en Suisse. La seconde explication à la présence des infirmières indiennes en Suisse est plus indirecte. Des infirmières indiennes auraient en fait été recrutées massivement en Autriche, le pays étant confronté à une importante pénurie. Cette expérience leur aurait permis d'apprendre l'allemand. Bon nombre d'entre elles aurait aussi acquis la double nationalité durant cette période. Les conditions de travail étant plus avantageuses en Suisse, ces infirmières double nationales et parlant l'allemand auraient sans difficulté pu prendre poste en Suisse.

⁴⁰ On comptait en 2000 septante-cinq infirmières ayant un permis d'établissement pour trois-cents-quatorze permis annuels

ESPAGNE – PORTUGAL

Ces deux pays sont considérés conjointement car ils semblent correspondre au même processus. En fait, si une présence passablement importante d'infirmières espagnoles et portugaises est constatée, aucune pratique de recrutement particulière ne m'a été mentionnée dans ces pays. La présence de ces infirmières semble donc plus s'inscrire dans la mouvance migratoire qu'il y a eu entre ces pays et la Suisse. Les chiffres concernant la part d'infirmières au sein de la population active de ces nationalités indiquent d'ailleurs que ces ressortissantes tendent à être sous-représentées au sein de la profession, ce qui corrobore l'idée qu'aucun recrutement n'a eu lieu dans ces pays. Dans ce cas, les intermédiaires transmettant les informations concernant les possibilités d'emplois en Suisse se situeraient alors plutôt au sein de la communauté préétablie, voire du personnel déjà en poste.

Infirmières parmi la population active (pour mille)

1970	Portugal	36.99	1990	Suisses	17.32
	Suisses	10.55		Portugal	5.25
	Espagne	2.71		Espagne	4.96
1980	Suisses	11.18	2000	Suisses	15.46
	Portugal	9.44		Espagne	6.03
	Espagne	3.59		Portugal	3.02

Source: OFS

On notera toutefois que depuis plus récemment, l'Espagne semble apparaître comme un lieu de recrutement intéressant pour les employeurs. Les chiffres manquent pour attester qu'un recrutement récent dans ce pays s'est effectivement produit. Ce qu'il est néanmoins possible d'en dire, c'est que dans le cadre d'un recrutement réorienté sur l'Europe, l'Espagne apparaît comme un pays en vogue. C'est-à-dire que les Espagnoles sont considérées comme d'excellentes infirmières bénéficiant de formations de très bonne qualité. De surcroît le pays aurait de nombreuses infirmières au chômage. C'est cependant la difficulté linguistique qui freine de façon évidente les démarches de recrutement dans ce pays.