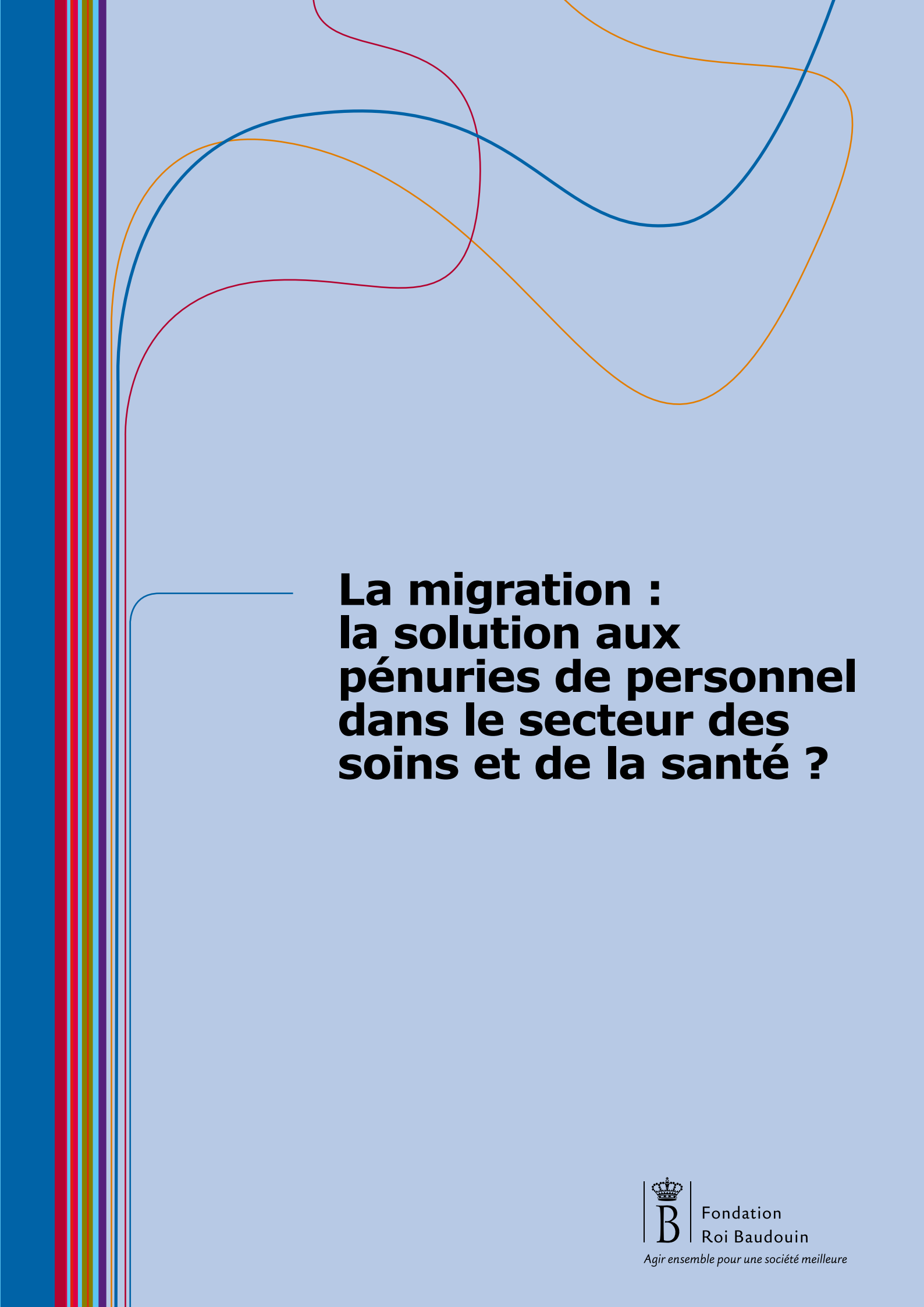




La migration : la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé ?

La migration : la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé ?

Auteurs :

Johan Wets, chef de projet (HIVA K.U.Leuven)

Tom de Bruyn, chercheur (HIVA K.U.Leuven)

avec la collaboration de Johan Geets (UA)



Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

COLOPHON

La migration : la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé ?

Deze publicatie bestaat ook in het Nederlands onder de titel:
Migratie: de oplossing voor het personeelstekort in de zorg- en
gezondheidssector?

Une édition de la Fondation Roi Baudouin, rue Brederode 21 à 1000 Bruxelles

AUTEURS

Johan Wets et Tom de Bruyn, Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving,
HIVA, K.U.Leuven

SOUS LA DIRECTION SCIENTIFIQUE DE

Johan Wets

CONTRIBUTION RÉDACTIONNELLE

Johan Geets - UA

TRADUCTION

Michel Teller

COORDINATION POUR LA FONDATION ROI BAUDOUIN

Françoise Pissart, directrice
Fabrice de Kerchove, responsable de projet
Prabhu Rajagopal, collaborateur de projet
Dany Doublet, assistante de direction

CONCEPTION GRAPHIQUE

PuPiL

MISE EN PAGE

Tilt Factory

PRINT ON DEMAND

Manufast-ABP asbl, une entreprise de travail adapté

Cette publication peut être téléchargée gratuitement sur notre site
www.kbs-frb.be

Une version imprimée de cette publication électronique peut être commandée
(gratuitement) sur notre site www.kbs-frb.be,
par e-mail à l'adresse publi@kbs-frb.be ou auprès de notre centre de contact,
tél. + 32-70-233 728, fax + 32-70-233-727

Dépôt légal:

D/2848/2011/30

ISBN-13:

978-2-87212-658-3

EAN:

9782872126583

N° DE COMMANDE:

3023

Décembre 2011

Avec le soutien de la Loterie Nationale

AVANT-PROPOS

L'Europe connaît depuis plusieurs années une polarisation croissante dans le débat sur la migration et l'intégration. Le sujet est complexe et politiquement sensible, il constitue une source d'inquiétude de plus en plus forte pour bon nombre de citoyens. Le contexte belge n'échappe pas à ces mutations.

Pour pouvoir mener un débat bien informé et sans tabou, reposant sur des données objectives, les acteurs concernés doivent pouvoir s'appuyer sur un cadre clair. La Fondation Roi Baudouin espère, par l'action qu'elle déploie dans le domaine de la migration et de l'intégration, créer les conditions indispensables à cela.

Avec la présente étude, la Fondation souhaite poursuivre dans la même ligne et éclairer un nouveau thème : le recrutement international de travailleurs de la santé. Comme d'autres pays de l'Union européenne, la Belgique fait face à de grands défis dans le secteur des soins de santé. La demande de personnel soignant ne fait que croître sous l'effet du vieillissement de la population et les établissements de soins ont du mal à attirer suffisamment de travailleurs qualifiés pour pourvoir aux postes vacants.

Parmi les pistes qui peuvent être explorées afin de pallier la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur, il y a le recrutement de personnel à l'étranger. A la demande de la Fondation, HIVA (KULeuven) a réalisé une étude visant à examiner ce phénomène de plus près. Qu'en est-il de la présence en Belgique de professionnels de la santé d'origine étrangère ? Quels sont les principaux pays dont ils proviennent et par quels canaux arrivent-ils sur notre marché de l'emploi ? Quel est le rôle joué par les agences de recrutement ? Quel est l'impact sur les pays d'origine ? C'est notamment à ces questions que cette étude tente d'apporter une réponse.

En Belgique, le recrutement de personnel étranger n'est pas une stratégie très répandue. Comparativement à d'autres pays européens, nos établissements de soins ne recourent pas encore systématiquement à cette option. Plusieurs facteurs interviennent dans leur décision. La formation que les candidats ont suivie ainsi que la reconnaissance et l'équivalence des diplômes obtenus constituent souvent un obstacle important. A cela s'ajoute bien sûr aussi l'aspect linguistique : dans quelle mesure les collaborateurs recrutés à l'étranger sont-ils capables de s'exprimer dans la langue de la région ?

Par ailleurs, il convient aussi de réfléchir à d'autres moyens d'action.

On évoque souvent, à cet égard, les conditions mêmes du métier d'infirmier ou d'infirmière. Les initiatives qui visent à améliorer l'exercice concret de la profession, entre autres en suscitant un plus grand intérêt pour ces formations ou en rendant plus attrayant le contenu de la fonction, sont également des pistes à envisager. Mais cela suffira-t-il pour pallier les déficits potentiels ou cela doit-il s'accompagner de recrutements à l'étranger ?

Le revers du recrutement international, ce sont les conséquences pour les pays d'origine, et notamment l'exode des cerveaux et la perte d'une main-d'œuvre qualifiée. Mais d'autres y discernent au contraire une plus-value dans la mesure où l'expérience que des médecins et des infirmiers ont pu acquérir en Occident peut renforcer le système sanitaire dans le pays d'origine.

Reste bien entendu la question de savoir si ceci peut constituer un choix stratégique délibéré. La question des migrations de main-d'œuvre touche au cœur de la politique migratoire poursuivie par la Belgique, et plus largement par l'Europe. Les mutations démographiques que connaît notre continent rendent encore plus urgente la nécessité de bien encadrer cette question. Avec cette publication, la Fondation Roi Baudouin espère apporter une contribution à une réflexion sérieuse sur le sujet.

Fondation Roi Baudouin
Décembre 2011

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	5
RÉSUMÉ	9
SAMENVATTING	13
EXECUTIVE SUMMARY	17
LISTE DES ABRÉVIATIONS	21
INTRODUCTION	23
CHAPITRE 1	
LE RECRUTEMENT INTERNATIONAL DANS LE CONTEXTE BELGE ..	27
1.1 L'offre et la demande de main-d'œuvre dans le secteur belge de la santé ..	27
1.2 Exigences et procédures pour pouvoir travailler comme étranger dans le secteur de la santé en Belgique	31
1.3 Le personnel étranger dans le secteur des soins de santé	37
1.4 Recrutement international de professionnels de la santé en Belgique	53
CHAPITRE 2	
LE CONTEXTE INTERNATIONAL : LA MOBILITÉ INTERNATIONALE DU PERSONNEL MÉDICAL DANS UNE SÉLECTION DE PAYS D'ACCUEIL	63
CHAPITRE 3	
LE CADRE THÉORIQUE DU DÉBAT	71
3.1. Le qui, le pourquoi et le comment du recrutement international	71
3.2. Pourquoi il y a des résistances : le lien entre migration et développement ..	77
CHAPITRE 4	
EN GUISE DE PROLONGEMENT : QUELQUES INITIATIVES INTERNATIONALES POUR METTRE AU POINT UN CODE ÉTHIQUE	85
SYNTHÈSE ET CONCLUSION	93
ANNEXES	99
Annexe 1 : Liste des tableaux	99
Annexe 2 : Liste des figures	99
Annexe 3 : Informations à propos des interviews	102
Annexe 4 : Cadre de bonne conduite de l'OMS	103
BIBLIOGRAPHIE	111

RÉSUMÉ

La question des pénuries actuelles et futures dans le secteur des soins de santé en Belgique est en débat depuis pas mal de temps déjà. Ce débat est d'autant plus difficile que l'on manque de données sur le nombre de personnes actives dans ce secteur, en particulier pour certaines catégories professionnelles comme le personnel infirmier. Les projections détaillées du professeur Jozef Pacolet montrent qu'en théorie on ne devrait pas manquer d'infirmiers et d'infirmières en Belgique. Mais dans la pratique, un grand nombre de maisons de soins et de repos ainsi que d'hôpitaux souffrent de pénuries de personnel, qui peuvent même parfois compromettre le bon fonctionnement de l'institution. Pour expliquer cet écart entre la théorie et la pratique, on invoque entre autres la forte proportion de travail à temps partiel dans le secteur et le manque d'attrait de certaines fonctions d'infirmiers ou d'aides-soignants.

Trois pistes sont généralement mises en avant pour combler ces pénuries : (1) accroître l'attractivité du métier, (2) mener une politique active de recrutement dans le réservoir de main-d'œuvre et (3) recruter du personnel à l'étranger. Jusqu'ici, la politique belge s'est principalement concentrée sur les deux premières pistes.

Le recrutement international de professionnels de la santé se fait encore à relativement petite échelle en Belgique, même s'il est en progression ces dernières années. Ce n'est que depuis très peu de temps que des bureaux de recrutement ont commencé à développer des activités dans ce domaine. Les principaux pays où l'on recrute du personnel médical sont la Pologne et la Roumanie, en Europe, ainsi que les Philippines et le Liban. Dans la plupart des cas, il ne s'agit que de quelques dizaines d'infirmiers et d'infirmières par an. Bien que ce recrutement international en soit encore à ses balbutiements et que certains bureaux n'en soient toujours qu'à la phase pilote, plusieurs établissements de soins (comme les Cliniques de l'Europe à Bruxelles) ont déjà des expériences positives. Ces bureaux fournissent des services sur mesure et se chargent, à des degrés divers, de faciliter l'intégration du travailleur dans la société belge, notamment par des cours de langue et l'accomplissement de formalités administratives.

Les principaux problèmes que pose l'arrivée de ces nouveaux travailleurs sur notre marché de l'emploi ont trait à des différences linguistiques et culturelles, à des contenus de fonction différents, au mal du pays et à la reconnaissance académique des diplômes.

La plupart des médecins et des infirmiers d'origine étrangère qui sont actifs en Belgique possèdent un diplôme belge (chiffres 2007) : seuls

environ 30% des quelque 8.000 médecins et 15% des quelque 9.200 infirmiers et infirmières nés à l'étranger y ont aussi obtenu leur diplôme. A peu près 5% des médecins et 1% des infirmiers et infirmières ont donc été diplômés à l'étranger. Si l'immigration de personnel soignant est en hausse, les flux en provenance de pays extra-européens restent encore relativement faibles, surtout en comparaison avec des pays comme le Royaume-Uni.

Le recrutement de personnel médical qualifié se heurte à un certain nombre de limites éthiques. L'excédent global de main-d'œuvre dans le Sud n'empêche pas un manque de personnel qualifié sur le marché de l'emploi des pays d'origine. Dans un rapport de 2006, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il manque 4,3 millions de travailleurs de la santé dans le monde. Elle cite 57 pays qui souffrent d'un déficit critique de professionnels de la santé, dont 36 en Afrique subsaharienne.

Jusqu'à un certain point, le pays qui voit émigrer des travailleurs hautement qualifiés peut en retirer des avantages en termes de rentabilité économique et sociale. Les migrants qui ont réussi à faire carrière à l'étranger créent des opportunités pour ceux qui sont restés sur le marché local de l'emploi – puisqu'ils réduisent la concurrence – et leur réussite peut inciter les générations suivantes à acquérir les compétences nécessaires pour suivre leur exemple. La perspective d'aller travailler à l'étranger pour un meilleur salaire et dans de meilleures conditions peut aussi stimuler davantage de jeunes à entamer des études supérieures. Si ces jeunes diplômés sont ensuite plus nombreux à rester au pays à l'issue de leurs études, cela élève le niveau général de qualification.

Cet effet positif de l'émigration suppose néanmoins que le pays d'origine continue à disposer d'un minimum de travailleurs qualifiés, ce qui n'est généralement pas le cas pour le personnel médical. S'il n'y a personne pour remplacer les professionnels qualifiés qui quittent le pays, on peut difficilement considérer que la communauté locale en tire un avantage. La situation varie donc d'un pays, voire d'une région à l'autre. Il peut même y avoir une dynamique différente selon le secteur concerné.

Pour certains pays, comme les petits Etats insulaires de Micronésie, la situation est carrément dramatique. L'émigration d'infirmiers et d'infirmières d'un grand nombre d'îles du Pacifique et des Caraïbes est une perte et un défi pour ces pays. Aux Philippines, ce mouvement s'inscrit plutôt dans la stratégie d'exportation de main-d'œuvre qui a été développée par le gouvernement philippin. Les Philippines sont souvent citées comme l'exemple d'un pays qui réussit à utiliser ce 'marché' de l'exportation de personnel qualifié (*brain business*) au bénéfice de son secteur académique et qui se sert de ce moyen pour attirer de l'argent et bénéficier de connexions internationales. Mais les pays qui se sont lancés dans cette voie souffrent également de pénuries de personnel et des mouvements sociaux philippins, soutenus dans le monde industrialisé, tirent aujourd'hui la sonnette d'alarme.

Il ne faut pas perdre de vue que, dans un marché où les rapports de pouvoir sont inégaux, c'est toujours le plus faible qui est désavantagé. Les pays industrialisés peuvent remédier à cela en élaborant (ou en adoptant) un code de bonne conduite afin d'éviter des situations où, par exemple, des pays occidentaux recrutent des infirmières africaines pour le marché européen en sachant très bien que la région d'origine est elle-même confrontée à une pénurie de personnel médical.

Au cours de la dernière décennie, certains pays ont élaboré un code éthique pour le recrutement de personnel médical dans les pays en développement. Dans le contexte européen, la Commission fait

également pression pour favoriser ce recrutement éthique et les partenaires sociaux européens qui sont actifs sur le terrain ont développé un code de bonne conduite. Un certain nombre d'initiatives prises dans ce domaine se réfèrent systématiquement à des évolutions qui sont en cours au sein de l'OMS. Celles-ci ont clairement pris forme au début 2010 avec l'adoption d'un code de conduite de l'OMS lors de la World Health Assembly. Ce code fournit un modèle qui permet d'alimenter le débat dans le contexte belge. En effet, il intègre aussi bien les intérêts des pays d'origine, des pays de destination et des migrants individuels que le rôle des pouvoirs publics, des employeurs et des intermédiaires comme les bureaux de recrutement.

SAMENVATTING

Er wordt al geruime tijd gediscussieerd over het al dan niet bestaan van huidige en toekomstige tekorten in de gezondheidssector in België. Deze discussie wordt belemmerd door het gebrek aan gegevens over het aantal mensen dat actief is in de gezondheidssector. Vooral voor sommige beroepsgroepen, zoals verpleegkundigen, is dit een hinderpaal. Uitgebreide toekomstprojecties van professor Jozef Pacolet laten zien dat er theoretisch geen gebrek aan verpleegkundigen zou mogen bestaan in België. In de praktijk ervaren echter flink wat rust- en verzorgingstehuizen en ook ziekenhuizen personeelstekorten. Deze tekorten brengen in sommige gevallen zelfs de werking van de instelling in het gedrang. Het verschil tussen theorie en praktijk wordt onder meer verklaard door de vele deeltijdse arbeid in de sector, en de gebrekkige aantrekkelijkheid van bepaalde verpleegkundige en verzorgende functies en taken.

Om personeelstekorten op te vangen, worden veelal drie pistes naar voor geschoven: (1) het verhogen van de aantrekkelijkheid van het beroep, (2) een actief rekruteringsbeleid binnen de arbeidsreserve en (3) internationale rekrutering. Het Belgische beleid heeft zich tot hier toe voornamelijk geconcentreerd op de eerste twee pistes.

De internationale rekrutering van gezondheidspersoneel in België is nog relatief kleinschalig, alhoewel ze de laatste jaren in stijgende lijn gaat. Rekruteringsbureaus zijn pas zeer recent activiteiten op dit gebied beginnen ontwikkelen. De voornaamste landen waar men medisch personeel rekruteert zijn Polen en Roemenië in Europa, en buiten Europa de Filippijnen en Libanon. In de meeste gevallen gaat het om enkele tot enkele tientallen verpleegkundigen per jaar. Alhoewel de internationale rekrutering nog in haar kinderschoenen staat en sommige bureaus nog in de pilootfase zitten, hebben een aantal zorginstellingen (bijv. Europaziekenhuis in Brussel) al positieve ervaringen. De dienstverlening van de bureaus is vaak op maat van de zorginstelling en er wordt - in mindere of meerdere mate - aandacht besteed aan de inburgering van de kandidaat in België, aan taalonderwijs, het in orde brengen van administratieve vereisten, etc.

De belangrijkste problemen met betrekking tot de inzet van de nieuwkomers op de Belgische arbeidsmarkt hebben te maken met taal- en cultuurverschillen, andere takenpakketten, heimwee naar het thuisland en academische erkenning van de diploma's.

De meeste in België actieve artsen en verpleegsters van buitenlandse herkomst (cijfers 2007) hebben een Belgisch diploma. Zowat 30 % van

de artsen (i.e. 8.000) en 15 % van de verpleegkundigen (i.e. 9.200) die in het buitenland geboren zijn, heeft zijn of haar diploma ook in het buitenland gehaald. De anderen zijn actief op basis van in België verworven diploma's. Ongeveer 5% van de artsen en 1% van de verpleegkundigen heeft een buitenlands diploma. Hoewel er een toename is in de immigratie van de buitenlandse verpleegkundigen en artsen, is de instroom uit niet-Europese landen nog relatief laag – zeker in vergelijking met landen zoals het Verenigd Koninkrijk.

De rekrutering van medisch geschoold personeel stoot op een aantal ethische grenzen. Hoewel er een overaanbod is van werkrachten in het Zuiden, is er ook op de binnenlandse arbeidsmarkt van de migrantenzendende landen een tekort aan geschoold personeel. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat in een rapport van 2006 het wereldwijde tekort aan gezondheidswerkers op 4,3 miljoen. De WHO maakt gewag van 57 landen met een kritisch tekort aan gezondheidswerkers, waarvan er 36 in Sub-Sahara Afrika te vinden zijn.

Tot op zekere hoogte kan de migratie van hoogopgeleiden een voordeel zijn voor het land van herkomst omwille van het sociale en economische rendement. Migranten die het in het buitenland hebben gemaakt, creëren ook kansen voor hen die op de lokale arbeidsmarkt zijn achtergebleven – er is minder concurrentie – en hun succesverhalen kunnen andere generaties ertoe aanzetten om de vaardigheden te verwerven die nodig zijn om in hun voetsporen te treden. Het vooruitzicht om voor een hoger loon en in betere omstandigheden in het buitenland te gaan werken, kan ook stimulerend werken om hoger onderwijs te volgen, waardoor de studenteninstroom groter is dan zonder migratie het geval zou zijn. Indien meer studenten er achteraf voor kiezen om na hun afstuderen in eigen land te blijven, wordt ook de kennis lokaal versterkt.

Ook migratie van hoger opgeleiden kan op die wijze positief zijn, maar dit veronderstelt dat er toch een minimum aantal gekwalificeerde mensen aanwezig is, wat door de band niet waar is voor medisch getraind personeel. Wanneer beroepsmensen of geschoolde arbeidskrachten het land verlaten en er is niemand om hen te vervangen, dan kan er nauwelijks sprake zijn van een voordeel voor de gemeenschap. De situatie verschilt naargelang het betrokken land, de regio in dat land en zelfs per sector is de dynamiek verschillend.

Voor sommige landen zoals de kleine eilandstaten in Micronesië is de situatie ronduit dramatisch. De emigratie van verpleegkundigen uit tal van eilanden in de Stille Oceaan en de Caraïben is een verlies en een uitdaging voor die landen. De migratie van Filippijnse verpleegkundigen maakt deel uit van de strategie die de Filippijnse overheid op het vlak van de export van arbeidskrachten heeft ontwikkeld. De Filippijnen worden vaak aangehaald als het voorbeeld van een land dat de 'business' van de export van geschoolde arbeidskrachten (*brain business*) gebruikt ten voordele van de academische industrie en als een manier om geld en internationale connecties naar de Filippijnen te halen. Maar ook landen die de export van gekwalificeerd personeel tot hun beleid hebben gemaakt zoals de Filippijnen, hebben te kampen met tekorten. Sociale bewegingen op de Filippijnen, gesteund door Sociale bewegingen in de geïndustrialiseerde wereld trekken aan de alarmbel.

Het blijft een belangrijk gegeven dat de zwakkere partij in een markt met een ongelijke verdeling van de macht steeds aan het kortste eind trekt. De geïndustrialiseerde landen kunnen dat bijsturen door een gedragscode uit te werken (en/of te aanvaarden) om situaties te vermijden waarbij westerse landen

bijvoorbeeld Afrikaanse verpleegkundigen rekruteren voor de Europese markt, en dit in de wetenschap dat de regio van herkomst zelf met een tekort zit.

Het laatste decennium is door een aantal landen gewerkt aan een ethische code voor de aanwerving van medisch personeel in de ontwikkelingslanden. In de Europese context dringt ook de Commissie aan op ethische rekrutering en is door de Europese "sociale partners" die op het terrein actief zijn samen een ethische code ontwikkeld. In een aantal op dit vlak ondernomen initiatieven wordt steevast verwezen naar ontwikkelingen in de schoot van de Wereldgezondheidsorganisatie. Deze hebben sinds begin 2010 duidelijk vorm gekregen toen een WHO-gedragscode in de World Health Assembly werd aangenomen. Met de WHO-gedragscode ligt er een blauwdruk klaar om verdere discussie in de Belgische context mee vorm te geven. De belangen van de landen van herkomst, de belangen van de landen van bestemming, de belangen van de individuele migranten, de rol van de overheden, van werkgevers en van intermediären zoals rekruteringsbureaus komen hierin allemaal aan bod.

EXECUTIVE SUMMARY

The question of current and future shortages in the healthcare sector in Belgium has been debated for some time already. It is a difficult debate since we lack data about the number of people working in the sector and, in particular, in certain professional categories such as nursing. Detailed projections made by Professor Jozef Pacolet show that in theory we should not be short of nurses in Belgium. In practice, however, a great number of nursing and old people's homes and hospitals suffer from shortages and these may sometimes even compromise the proper functioning of the institution. To explain this difference between the theory and practice, factors such as the large proportion of part-time workers in the sector and the low appeal of some of the functions of nurses and auxiliaries are evoked.

Three possible solutions are generally suggested as a means of filling the gaps: (1) increasing the job appeal, (2) implementation of an active recruitment policy from the labour reservoir and (3) recruitment of personnel from abroad. Up to now, Belgian policy has mainly focused on the first two options.

International recruitment of healthcare professionals is relatively small-scale in Belgium, even though it has been on the increase in recent years. It has only been recently that recruitment agencies have begun to develop activities in this sector. The key countries where medical personnel have been recruited are Poland and Romania in Europe, as well as the Philippines and Lebanon. In most cases, this amounts to only a few dozen nurses each year. Whilst international recruitment is still in its infancy and some agencies are still in the pilot phase, several healthcare establishments (such as the Cliniques d'Europe in Brussels) have already had positive experiences. These agencies provide tailor-made services and undertake, to various degrees, to facilitate the worker's integration into Belgian society, notably via language courses and taking charge of administrative formalities.

The main problems posed by the arrival of these new workers on our labour market are those relating to linguistic and cultural differences, the different job function content, homesickness and the recognition of academic degrees.

Most foreign-born doctors and nurses working in Belgium have a Belgian qualification (based on 2007 figures): only some 30% of the approximately 8,000 doctors and 15% of the roughly 9,200 nurses born abroad also qualified abroad. Thus, around 5% of the doctors and

1% of the nurses qualified abroad. If immigration of care personnel is rising, the flow from countries outside Europe remains relatively low, especially compared with countries such as the UK.

The recruitment of medically-qualified personnel faces a certain number of ethical limitations. The global surplus of labour in developing countries does not preclude a lack of qualified personnel on the labour market in the countries of origin. In a 2006 report, the World Health Organization (WHO) estimated that there is a shortfall of 4.3 million healthcare workers in the world. It cites 57 countries suffering from a critical deficit of healthcare professionals, 36 of which are in Sub-Saharan Africa.

Up to a certain point, the country that sees highly-qualified workers emigrate may benefit in terms of economic and social profitability. Migrants who have succeeded in building a career abroad create opportunities for those who remain on the local labour market – since they reduce competition – and their success can motivate successive generations to acquire the necessary skills to follow their example. The perspective of working abroad in better conditions and for a higher salary can also stimulate young people to study at higher educational level. If more of these young graduates are then motivated to remain in their own country at the end of their studies, this in turn raises the overall level of qualification.

This positive effect of emigration nevertheless assumes that the country of origin continues to have a minimum of qualified workers, which is not generally the case for medical personnel. If there is no-one to replace the qualified professionals who leave the country, it is difficult to imagine that the local community benefits from this. The situation thus varies from one country, and even one region, to another. There could even be a different dynamic in function of the sector concerned.

For some countries, such as the small insular states of Micronesia, the situation is truly dramatic. The emigration of nurses from numerous Pacific and Caribbean islands is a loss and a challenge for these countries. In the Philippines, this movement is part of the labour export strategy developed by the Philippine government. The Philippines are often cited as the example of a country that has succeeded in using this 'market' of exporting qualified personnel (the 'brain business') to the benefit of its academic sector which makes use of this to attract money and benefit from international connections. However, the countries that have launched themselves on this route also suffer from personnel shortages and Philippine social movements, which are supported in the industrialised world, are today sounding the alarm.

One must also not lose sight of the fact that, in a market where the relationships of power are unequal, it is always the weak who are the most disadvantaged. Industrialized countries can remedy this by developing (or adopting) a code of good conduct so as to avoid situations in which, for instance, western countries recruit African nurses for the European market, knowing full well that the region of origin is itself confronted with a shortage of medical personnel.

During the last decade, some countries have developed an ethical code for the recruitment of medical personnel from developing countries. Within the European context, the Commission is also exerting pressure to favour ethical recruitment, whilst European social partners active on the ground have also developed a code of good conduct. A certain number of initiatives undertaken in this field refer systematically to developments underway within the WHO. The latter took clear shape at the beginning

of 2010 with the adoption of the WHO code of conduct during the World Health Assembly. This code offers a model that provides a basis for discussion within the Belgian context. In fact, it integrates as much the interests of the country of origin, the country of destination and the individual migrants as the role of government, employers and intermediaries such as the recruitment agencies.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASGB	Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België
CEMIS	Centrum voor Migratie en Interculturele Studies – Universiteit Antwerpen
EEE	Espace économique européen
GBO	Groepement belge des Omnipraticiens
ISCO	International Standard Classification of Occupations
MRS	Maison de Repos et de Soins
NACE	Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne
NARIC	National Academic Recognition Information Center
NVKVV	Beroepsvereniging voor verpleegkundigen en vroedvrouwen in Vlaanderen
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SPF	Service public fédéral
VDAB	Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling
VLIR	Vlaamse Interuniversitaire Raad

INTRODUCTION

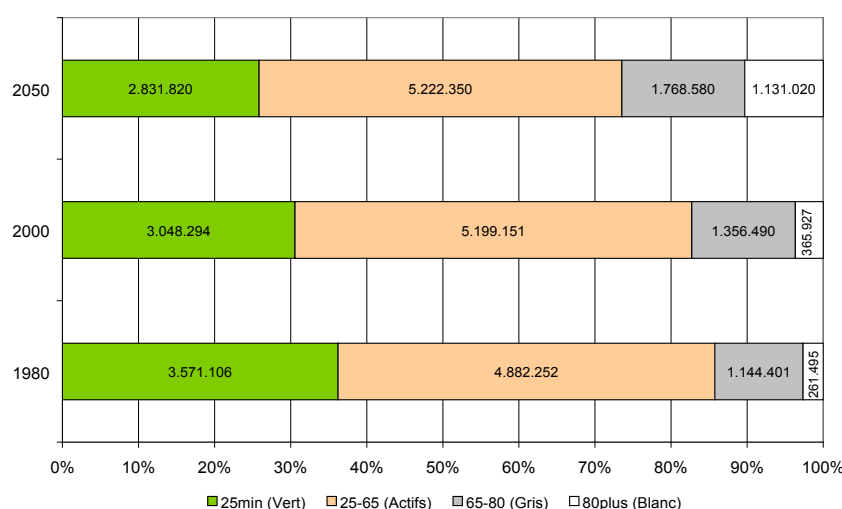
C'est un sujet qui revient régulièrement à la une de l'actualité : on manque de personnel soignant. Ainsi, au début de l'année 2011, on a pu lire des titres retentissants dans certains journaux tels que "*une pénurie de 120.000 infirmières*" (Het Nieuwsblad, lundi 28 mars 2011). Chaque fois, les spécialistes de la question ne tardent pas à réagir et affirment que, dans ce débat, on ne se sert toujours pas des mêmes définitions. La génération du baby-boom partira bientôt à la retraite et le vieillissement de la population se poursuit. Jusque-là, il n'y a pas de grandes divergences de vue. En revanche, les chiffres avancés dans la presse sont contestés. S'il manquait 120.000 infirmiers et infirmières dans les trois ans, cela représenterait une pénurie équivalente au total du personnel infirmier tel qu'il est calculé entre autres dans les rapports de l'OCDE (2008) (voir aussi Pacolet & Merckx, 2006). Tout autre chose est de parler d'une pénurie de 120.000 soignants, comme le fait le journal en question dans la suite de l'article. En effet, le personnel soignant dépasse largement le seul personnel infirmier. Pacolet et Merckx (2006) dénombrent pour 2004 un total de 508.625 personnes qui exercent des "health care professions" (selon la classification de l'ISCO) et qui travaillent dans le secteur des soins (NACE 85) en Belgique. Pour pouvoir débattre correctement, il faut d'abord bien s'entendre sur l'objet de ce débat.

Ce qui est clair, c'est l'évolution qui est à l'œuvre dans la société. Les besoins augmentent tandis que l'arrivée de jeunes travailleurs sur le marché de l'emploi ne suffit pas pour l'instant à compenser les départs à la retraite de la génération du baby-boom. On assiste donc à la fois à une diminution de la proportion de jeunes de moins de 25 ans et à une augmentation du pourcentage de personnes âgées (plus de 65 ans) et très âgées (plus de 80 ans). La population belge vieillit alors que son degré de dépendance change. Cette évolution démographique est suivie de près. La *Demographic and Labour Force database* de l'OCDE estime le nombre et la proportion de personnes âgées et très âgées¹.

¹ www.oecd.org/els/social/indicators/SAG > indicator GE2 Age dependency ratio

La figure 1 montre la répartition pour la Belgique.

Figure 1. Evolution de la structure des âges de la population belge 1980, 2000 et 2050



Source OCDE

En bref, ces évolutions entraînent un certain nombre de défis. L'augmentation du nombre de personnes (très) âgées se traduit par un besoin accru de personnel soignant. Avec le vieillissement de la population, de plus en plus de gens quittent la vie active, y compris ce qu'on appelle parfois 'l'économie de la blouse blanche', c'est-à-dire le secteur des soins de santé et de l'aide aux personnes. Comme le nombre de jeunes diminue, il peut y avoir des problèmes pour garantir une arrivée suffisante de main-d'œuvre nouvelle sur le marché de l'emploi. Certaines professions se retrouvent ainsi en pénurie. C'est le cas du personnel infirmier (Infirmier/mière services d'urgence et Infirmier/mière soins palliatifs – gradué(e)). D'après le VDAB, à peine 3,7% des professionnels de la santé et 1% des infirmiers et infirmières sont encore au chômage un an après la fin de leurs études. Le nombre de jeunes qui s'inscrivent à une école d'infirmières fluctue, mais la demande croissante de personnel médical due à l'évolution démographique semble dépasser l'offre. C'est ce que Jo Vandeurzen, le ministre flamand des Affaires sociales, de la Santé publique et de la Famille, formule en ces termes dans sa Note politique 2009-2014² :

Les services de la santé et de l'aide sociale ont de plus en plus de mal à trouver du personnel qualifié. Il y a une pénurie inquiétante de médecins (généralistes) et de pédopsychiatres. L'arrivée sur le marché de l'emploi de personnel soignant et de personnel infirmier est insuffisante pour apporter une réponse à des évolutions telles que le départ massif à la retraite du personnel plus âgé, la complexité croissante des soins et l'élargissement de l'offre. Des mesures adéquates sont indispensables pour lutter contre les départs anticipés à la retraite et maintenir en activité les travailleurs de la santé : les travailleurs de plus de 50 ans doivent pouvoir être orientés vers des tâches physiquement moins éprouvantes, les jeunes parents doivent pouvoir concilier travail et vie de famille, la communauté allochtone doit être encouragée à suivre des formations qui

² Voir <http://jssp.vlaamsparlement.be/docs/stukken/2009-2010/g191-1.pdf>

débouchent sur "l'économie blanche" et à rechercher du travail dans le secteur des soins et de l'aide sociale. Selon des calculs effectués par nos voisins néerlandais, le pourcentage de la population active qui travaille dans le secteur des soins et de l'aide sociale devrait passer de 13% en 2005 à 22% en 2025.

La pénurie de personnel médical et les solutions qui peuvent être imaginées pour pallier ce problème donnent lieu à beaucoup de questions et même à un certain nombre de mythes. Certaines déclarations de spécialistes, qui peuvent paraître contradictoires à première vue, ne le sont plus quand on analyse la situation de plus près. Par exemple, le fait de disposer de suffisamment de personnes qualifiées pour assurer les soins est tout à fait conciliable avec la constatation qu'il y a des pénuries sur le marché de l'emploi. Tout tourne autour de cet extrait de la note politique de Jo Vandeurzen: *"Des mesures adéquates sont indispensables pour lutter contre les départs anticipés à la retraite et maintenir en activité les travailleurs de la santé (...)"*.

L'une des pistes suggérées pour combler ces pénuries consiste à recruter du personnel médical à l'étranger. Elle soulève certaines questions, aussi bien en ce qui concerne l'impact de cette migration sur les pays d'origine que son incidence sur la société d'accueil et sur les migrants eux-mêmes. Dans ce domaine-là aussi, certains mythes ont vu le jour, comme celui qui prétend qu'il y aurait aux Philippines une pléthore d'infirmières qualifiées qui sont formées pour partir à l'étranger et que ce pays ne souffrirait donc pas d'une pénurie dans le secteur des soins de santé : la première affirmation est exacte, la seconde pas.

Afin de répondre à des questions telles que celle-là, nous esquisserons, dans la première partie de cette étude, la situation du marché de l'emploi en Belgique dans le contexte du recrutement de personnel soignant à l'étranger : l'évolution du marché de l'emploi, le profil des personnes demandées, le profil du personnel d'origine étrangère déjà présent chez nous, les procédures de recrutement, la reconnaissance des diplômes et les activités des acteurs internationaux concernés, non-gouvernementaux et commerciaux. Dans la deuxième partie, nous regarderons au-delà de nos frontières et nous décrirons, à titre de comparaison, la situation dans plusieurs autres pays de l'OCDE. La troisième partie est plus théorique. Elle situe dans une perspective internationale le débat sur le recrutement à l'étranger de travailleurs de la santé, analyse son impact éventuel et souligne l'interaction entre la migration et le développement. Enfin, la quatrième partie s'intéresse à plusieurs pays (voisins) où des codes éthiques ont déjà été élaborés. Elle fait aussi brièvement état des travaux qui ont déjà été réalisés à ce sujet dans le contexte européen et dans celui de l'Organisation mondiale de la Santé. Le rapport se termine par une synthèse en plusieurs points et par quelques conclusions.

CHAPITRE 1 LE RECRUTEMENT INTERNATIONAL DANS LE CONTEXTE BELGE

1.1. L'offre et la demande de main-d'œuvre dans le secteur belge de la santé

1. Le personnel de la santé en Belgique

La question de la pénurie de personnel dans le secteur de la santé en Belgique est en débat depuis un certain temps déjà : l'offre actuelle et future de personnel soignant répond-elle à la demande ? Il est beaucoup plus difficile de répondre à cette question qu'il n'y paraît à première vue parce qu'elle nécessite beaucoup de recherches dans différentes banques de données, une harmonisation de ces données et un contrôle des chiffres. En outre, les projections sont fortement dépendantes de la qualité de l'analyse de la situation actuelle (qui constitue le point de départ de la plupart des prévisions) et de différentes variables.

Daue & Crainich (2008), qui ont réalisé une vaste collecte de données, estiment qu'environ 400.000 personnes travaillent en Belgique dans le secteur des soins de santé. Cela correspond à un peu plus de 9% de la population active. Ce chiffre englobe une très large palette de fonctions et de professions. L'encadrement du système de santé assuré par les pouvoirs publics représente quelque 5.000 emplois alors que les mutualités occupent 20.000 personnes. Il y a 30.000 emplois dans l'industrie pharmaceutique et 5.000 dans l'industrie des équipements médicaux. Mais c'est le personnel soignant qui se taille la part du lion, avec environ 335.000 personnes (chiffres de 2006) : quelque 40.000 médecins (dont un peu plus de la moitié de spécialistes), 170.000 personnes qui travaillent en milieu hospitalier et 130.000 en dehors de celui-ci. Par ailleurs, on dénombre à peu près 120.000 infirmiers/infirmières ou sages-femmes. Mais ce ne sont pas des chiffres exacts parce que, pour diverses raisons, il est très difficile pour certains métiers de se faire une idée précise.

Pour les médecins, il y a plusieurs sources d'information, qui donnent des résultats différents. En Belgique, les médecins qui travaillent dans l'industrie, l'administration ou la recherche sont également comptabilisés parmi les médecins en activité. Ils peuvent représenter entre 12 et 25% des 40.000 médecins. Les médecins qui peuvent être considérés comme des praticiens, c'est-à-dire ceux qui fournissent au moins une prestation par an à 50 patients au moins, ne constituent donc qu'une partie du total des médecins : un peu plus de la moitié des médecins généralistes (ce qui donnerait un chiffre entre 11.500 et 12.000 personnes) et près de deux tiers des spécialistes, soit quelque 13.300 médecins. Deux médecins sur trois travaillent dans les soins curatifs.

En résumé, cela signifie qu'il y a 23,7 médecins praticiens par 10.000 habitants – un chiffre nettement inférieur au taux de 40/10.000 basé sur un total théorique de 40.000 médecins. Il s'agit là d'une moyenne car il y a de grandes disparités géographiques. Le nombre de médecins praticiens a diminué dans la première moitié de la dernière décennie, mais uniquement pour les généralistes (baisse de 7%). Cette diminution est due en grande partie au vieillissement de cette catégorie professionnelle : en 2005, près de la moitié de ces médecins avait plus de 50 ans. Par ailleurs, la profession se féminise : les femmes représentaient à peu près 30% des médecins en 2008, mais ce chiffre était presque deux fois plus élevé parmi les jeunes diplômés. On ne sait pas encore quels seront les effets de cette évolution sur l'offre de services.

2. Y a-t-il une pénurie de médecins ?

Y a-t-il aujourd'hui ou y aura-t-il demain une pénurie de médecins en Belgique ? Pour l'instant, il est difficile de répondre à cette question. Daue & Crainich (2008) se demandent si le contingentement actuel des médecins sera encore utile ou nécessaire ou s'il risque plutôt de provoquer un jour une pénurie de médecins. Comme le nombre de ceux-ci a fortement augmenté en Belgique entre les années 1970 et 1990, un système de contingentement a été introduit, ce qui veut dire que seule une partie des nouveaux diplômés a eu accès à l'exercice de la profession. Cette politique partait de l'hypothèse qu'à l'horizon 2000, il y aurait un excédent de médecins en Belgique et qu'on pouvait prévoir la demande de médecins. Les auteurs soulignent les faiblesses de ces projections, entre autres parce que les chiffres utilisés ne sont pas toujours fiables. De plus, d'autres études, comme celle de Roberfroid et al. (2008), montrent une diminution du nombre de médecins praticiens et une stabilisation du nombre de spécialistes. Plus d'un quart du quota pour les médecins généralistes n'a pas été rempli alors que le nombre de nouveaux spécialistes est supérieur au quota prévu. Daue & Crainich (2008) affirment qu'en raison du vieillissement et de la féminisation du corps médical, on assistera à l'avenir à une pénurie de médecins si on maintient les quotas actuels. Le débat sur cette pénurie éventuelle est donc loin d'être clos. Pour pouvoir répondre à cette question, il faut pouvoir s'appuyer sur des données plus fiables.

Pour le personnel infirmier aussi, il est très difficile de se faire une idée exacte du nombre total de personnes qui travaillent dans le secteur des soins de santé. L'une des principales causes de ce problème est liée au suivi de l'enregistrement des infirmiers et infirmières. Lorsque ceux-ci achèvent leurs études et entament leur carrière, le SPF Santé publique les enregistre dans leur lieu d'implantation. Cet enregistrement était valable trois ans et devait être renouvelé à l'issue de cette période. Mais pour des raisons pratiques, administratives et financières, cela n'a plus été fait depuis le début des années 1980, avec pour conséquence que l'on ne connaît plus le nombre d'infirmiers qui exercent effectivement ce métier. Pourtant, celui-ci est depuis 2000 une fonction critique par excellence. Certains secteurs des soins de santé sont réellement confrontés à un manque de personnel qualifié, comme en atteste le nombre d'offres d'emploi non satisfaites dans différents établissements.

Fin 2008, le VDAB recensait 903 emplois vacants pour infirmiers/infirmières, soit 126 de plus que l'année précédente. A la même période, le nombre d'infirmiers et d'infirmières inscrits comme demandeurs d'emploi fluctuait entre 625 et 675. La demande se manifeste surtout dans le secteur du troisième âge, des soins aigus (en particulier dans les grandes villes) et des soins à domicile. Parmi les principales raisons à cela, il y a le fait que beaucoup d'infirmiers et d'infirmières travaillent à temps partiel et font preuve de peu d'enthousiasme pour travailler dans le secteur du troisième âge,

notamment dans des maisons de repos. Or, la demande de personnel dans les soins gériatriques ne fera qu'augmenter sous l'effet du vieillissement de la population. Selon Daue & Crainich (2008), on aura aussi besoin à l'avenir d'infirmiers spécialisés à cause de la complexité croissante des fonctions à remplir. A cela s'ajoute le fait que, d'une part, des aides-soignants commencent à assurer des fonctions et des tâches d'infirmiers tandis que des infirmiers commencent à exercer des tâches administratives et autres. Il existe bien un cadre légal qui stipule quelles fonctions infirmières peuvent être exercées par un aide-soignant, mais en pratique il n'est pas toujours respecté. Il y a donc des raisons de craindre que la qualité des soins infirmiers diminue et que la profession soit vidée de sa substance.

Mais la demande de soignants est aussi grande dans le secteur des soins lui-même. On peut s'attendre à ce qu'elle augmente notamment dans le secteur des soins à domicile, en raison du vieillissement de la population. Malgré cette forte demande, on observe un chômage important parmi les professionnels de la santé, selon Daue & Crainich (2008).

L'équipe de recherche de Jozef Pacolet, de l'HIVA, a beaucoup travaillé pour identifier plus clairement le travail du personnel infirmier. Dans ce chapitre, nous nous baserons donc sur son analyse.

Pacolet et son équipe ont recensé l'offre et la demande actuelles de différentes professions du secteur de la santé et ont effectué un certain nombre de projections à l'horizon 2020 à partir de différents facteurs. L'évolution démographique en Belgique est bien entendu l'un des principaux éléments dans cette analyse. D'une part, la population vieillit, ce qui augmentera la demande de personnel soignant. Mais ce phénomène a aussi une incidence sur la composition du personnel soignant lui-même, étant donné que de plus en plus d'infirmiers/mières, de médecins et d'autres travailleurs du secteur de la santé partiront à la retraite et devront donc être remplacés. Par ailleurs, on assiste aussi à une baisse de la natalité, qui réduit le nombre de nouveaux arrivants sur le marché de l'emploi. Selon les dernières projections démographiques, la population belge passerait à près de 11 millions de personnes d'ici 2020 (contrairement à de précédentes prévisions qui tablaient sur une stabilisation, voire une diminution de la population). Cela se manifestera par une augmentation du nombre de personnes sur le marché de l'emploi.

Les chercheurs se sont aussi penchés sur l'engouement pour les formations dans le secteur de la santé. Ils ont observé un intérêt élevé pour les formations de personnel infirmier au cours des dernières décennies, et notamment au cours des dernières années – même durant la crise économique – et ils formulent l'hypothèse que ce phénomène se poursuivra au cours des années à venir. Ils ont néanmoins basé leurs prévisions sur un double scénario de fort et de faible accroissement de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé. Ils ont également cherché à savoir si les nouveaux diplômés recherchent et trouvent effectivement un emploi dans leur secteur, et s'ils continuent à l'exercer jusqu'à leur départ à la retraite, et ils ont intégré cet aspect dans leur analyse. Enfin, les chercheurs ont tenu compte des différentes hypothèses concernant l'évolution de l'âge de la pension, selon que l'on parte à la retraite comme on le fait aujourd'hui (scénario dynamique) ou que l'âge de la pension soit retardé (scénario proactif).

La conclusion de ces calculs est présentée au tableau 1.

Tableau 1. Offre et demande de personnel infirmier dans le secteur des soins de santé en Belgique 1999-2019, par période quinquennale

	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Sur la base de nouvelles projections démographiques et de nouvelles données provenant de l'enseignement				
OFFRE				
Faible accroissement	18.962	19.769	21.005	20.069
Fort accroissement	18.962	19.769	22.716	22.131
DEMANDE				
Scénario dynamique	18.434	14.505	16.761	19.073
Scénario proactif	18.434	12.987	11.525	16.426

Source Pacolet 2010

Ce tableau nous apprend que l'offre de main-d'œuvre augmentera au cours des dix prochaines années tandis que la demande fluctuera avant d'augmenter finalement d'ici 2019 dans le scénario dynamique (pas de modification de l'âge de la pension) et de diminuer dans le scénario proactif (modification de l'âge de la pension). En fin de compte, il n'y aura pas de pénurie, et certainement pas si l'âge de la pension est relevé (ou si le régime de prépension est supprimé) et si le flux de nouveaux travailleurs ne tarit pas (parce qu'on aura continué à investir dans les formations du secteur de la santé) (Pacolet & Merckx 2006).

Il est donc très douteux que notre secteur de la santé soit réellement confronté aux mêmes pénuries de personnel que celles qui se manifestent dans le secteur de la santé d'autres pays ou dans d'autres secteurs économiques belges. Cette incertitude a évidemment des répercussions sur l'argument consistant à recruter à l'étranger des professionnels de la santé afin de combler ces pénuries, avérées ou non. Et même si celles-ci devaient se produire, on peut se demander si un recrutement international serait réellement une solution efficace.

3. Comment combler les pénuries ?

En gros, il y a trois stratégies possibles pour combler des pénuries de personnel (Janssens 2009). Une première piste consiste à accroître l'attractivité de la profession et de la formation d'infirmier. Ce métier souffre dans une certaine mesure d'une image négative en termes de charge de travail (travail en équipe, facteurs de stress,...) et de rémunération. Il faut donc veiller aussi bien à attirer de nouveaux étudiants vers ces formations qu'à amener les jeunes diplômés à exercer effectivement cette profession (ce qu'on appelle la rétention). Janssens (2009) énumère plusieurs mesures politiques dans ce domaine. On peut accorder des jours de congé supplémentaires et des primes pour alléger la charge de travail. On peut prendre des mesures pour améliorer la formation continue du personnel : encourager des aides-soignants à obtenir un diplôme d'infirmier et des infirmiers diplômés (anciens diplômés A2) à obtenir un diplôme de bachelier en soins infirmiers (ancien diplôme A1). Une autre option consiste à délimiter plus rigoureusement les tâches du personnel infirmier et à les distinguer plus clairement du

travail administratif et logistique en créant une fonction d'assistant logistique. Il est aussi possible de prévoir un accompagnement pour des personnes qui ont quitté la profession et qui souhaitent la réintégrer. Ainsi, on a créé en 2006 la fonction d'aide-soignant, qui, en termes de compétences, se situe entre le personnel infirmier et le personnel soignant.

Une deuxième piste consiste en une politique active de recrutement dans l'actuel réservoir de main-d'œuvre. Dans ce cadre-là, on évoque souvent un public bien précis, à savoir la population d'origine étrangère : d'une part, des migrants qui ont décroché un diplôme d'infirmier dans leur pays d'origine mais qui ne trouvent pas de travail en Belgique; d'autre part, certains groupes d'origine étrangère qui souffrent d'un chômage élevé alors qu'ils s'orientent pourtant en assez grand nombre vers les formations d'infirmier ou d'aide-soignant.

La troisième option, enfin, consiste à recruter du personnel à l'étranger. Nous reviendrons plus en détail sur cette piste dans un chapitre ultérieur.

La politique mise surtout sur les deux premières pistes, bien que celle d'un recrutement international soit de plus en plus suivie elle aussi. D'après Filip Van Laecke (2010), conseiller Emploi au Ministère flamand des Affaires sociales, de la Santé publique et de la Famille, la politique menée part avant tout de la réserve belge de main-d'œuvre pour combler les pénuries. Cependant, des initiatives de recrutement international de personnel soignant seront évaluées à l'avenir et on admet que la Flandre a moins d'expérience dans ce domaine que certains autres pays et régions. Mais aucune piste concrète n'a été évoquée.

1.2. Exigences et procédures pour pouvoir travailler comme étranger dans le secteur de la santé en Belgique

1. Reconnaissance professionnelle

Safuta & Baeten (2010) et Johan Geets (2008) ont déjà décrit de manière détaillée les exigences auxquelles doivent satisfaire les étrangers pour pouvoir exercer un métier dans le secteur de la santé. La législation belge en la matière est fournie par l'Arrêté royal 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Le chapitre 4bis de cet AR amendé concerne la transposition de la Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, modifiée par la Directive 2006/100/CE.

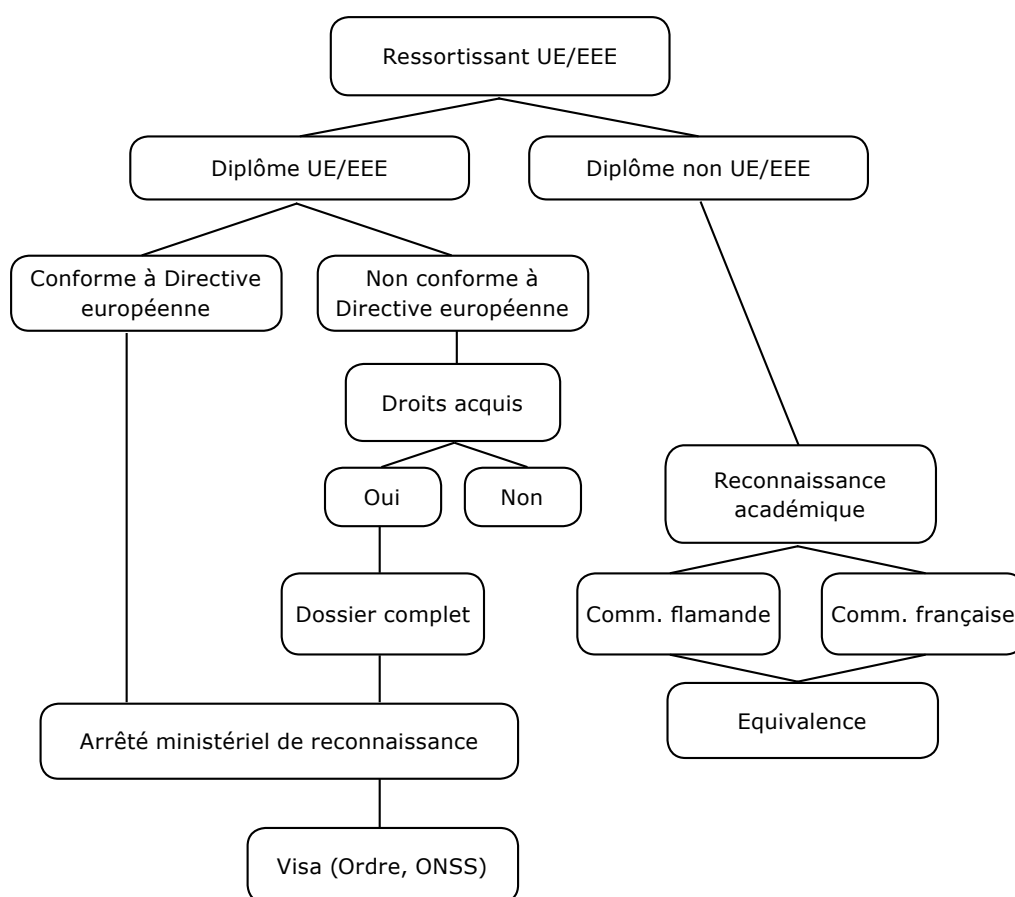
Les ressortissants étrangers qui ont obtenu leur diplôme dans l'Espace Economique Européen ou en Suisse peuvent bénéficier de l'application de cette Directive européenne en matière de reconnaissance mutuelle des diplômes. Ils doivent introduire une demande de reconnaissance auprès du SPF Santé publique. En cas d'approbation, celui-ci délivre une attestation qui établit que les qualifications répondent effectivement aux exigences de la Directive. Pour les professions automatiquement reconnues, la reconnaissance est accordée dans les trois mois après l'introduction de la demande, après que l'authenticité et la conformité des documents ont été établies. Pour les diplômes qui ne relèvent pas de cette procédure de reconnaissance automatique (comme certains diplômes de spécialistes), le SPF Santé publique vérifie si le demandeur répond à toutes les conditions en matière de formation

professionnelle et d'expérience telles qu'elles sont stipulées dans la directive et dans l'AR. Les diplômes de spécialistes qui ne relèvent pas de la procédure automatique sont soumis à une commission de reconnaissance, composée de représentants de la profession concernée. Aux termes de la DIRECTIVE, un ressortissant hors UE qui est établi dans un autre pays de l'EEE peut fournir temporairement des services de santé en Belgique sans disposer de la reconnaissance mentionnée (ni d'une licence ou d'une affiliation auprès d'un ordre). Il doit cependant faire une demande pour obtenir une licence temporaire.

Si la qualification n'est pas conforme à la Directive, il convient d'introduire une demande d'équivalence de diplôme auprès de la Communauté française ou flamande. Les personnes extérieures à l'UE qui sont titulaires d'un diplôme décerné en dehors de l'UE doivent obtenir une reconnaissance par Arrêté royal avant de pouvoir exercer leur métier et s'affilier auprès de l'ordre concerné. L'équivalence des diplômes de médecin et d'infirmier ne concerne que le diplôme de base. La reconnaissance d'une spécialisation relève de la commission de reconnaissance nationale compétente. En pratique, ce cas se présente rarement, d'après les chercheurs.

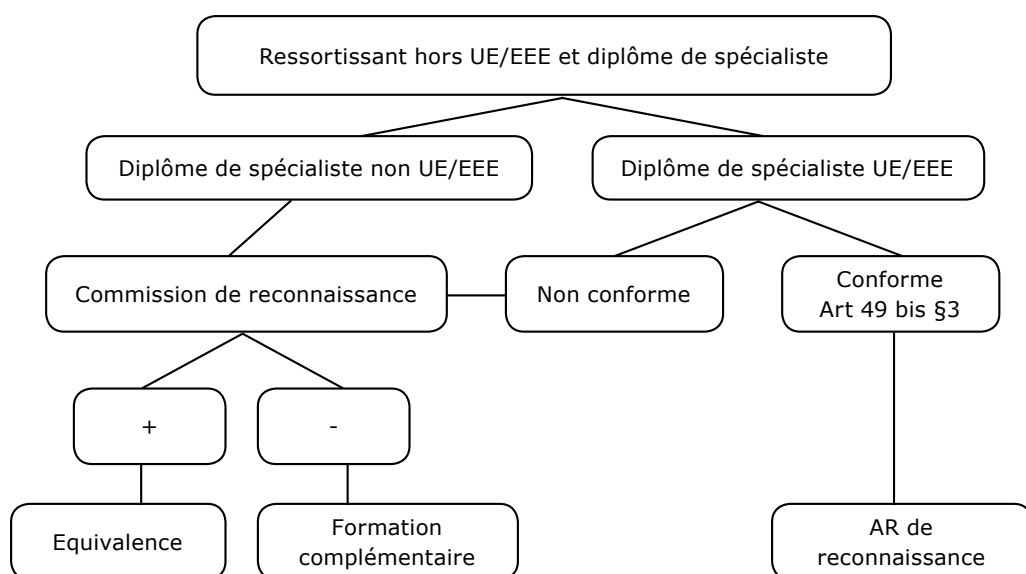
Les figures 2 et 3 permettent de visualiser les procédures :

Figure 2. Procédures de reconnaissance professionnelle pour les ressortissants EEE et UE



Source Geets 2010

Figure 3. Procédures de reconnaissance professionnelle pour les non-ressortissants EU/EEE et les spécialistes



Source Geets 2010

2. Reconnaissance académique

Cependant, les procédures de reconnaissance des diplômes diffèrent d'une Communauté à l'autre. Le tableau ci-dessous résume les principales différences :

Tableau 2. Différences de procédure entre la Communauté française et la Communauté flamande

	Communauté française	Communauté flamande
Coût	Frais de traduction + €124 de frais administratifs	Frais de traduction
Durée		
Formelle	4 mois + 40 jours décision ministérielle	3 mois
Réelle	?	?
Exigences formelles		

Documents	Lettre de motivation Copie de la carte d'identité / passeport Copie certifiée (commune) des résultats obtenus lors des études Durée et programme des études Copie du mémoire de fin d'études Stage CV	Idem
Langue	Tous les documents dans la langue d'origine et en français	Tous les documents dans la langue d'origine Diplôme, programme, durée et résultats des études en néerlandais Autres documents en anglais, français ou allemand
Screening		
Documents manquants	Simple mention sur le formulaire d'enregistrement (autrement dit, l'influence sur le déroulement ultérieur de la procédure n'est pas claire)	Entretien exploratoire pour combler les lacunes
Pas de formation similaire	Demande irrecevable	Possibilité de reconnaissance d'équivalence de niveau
Avis a priori	Dossier par dossier	Dossier par dossier + banque avec précédents
Organe d'avis		
Composition	Inspecteur + inspecteur coordinateur de l'enseignement supérieur; Commission universitaire d'équivalence : président + 2 représentants par université	Dossier transmis à trois représentants d'établissements d'enseignement supérieur (sauf : diplôme de base médecine hors EEE => VLIR)
Séances	Trois à six fois par an	
Critères	Etablissement reconnu Ampleur de la formation Contenu et stage, mémoire de fin d'études, résultats obtenus	Idem + notion éléments essentiels de la formation
Expérience professionnelle	Pas de critères formels	Possibilité de combler les lacunes lors d'un stage Profession ou non en pénurie
Compétence	Equivalence complète + équivalence partielle	Equivalence complète (l'équivalence partielle est une compétence des établissements d'enseignement, sauf pour les médecins)
Appel	Conseil d'Etat	Idem

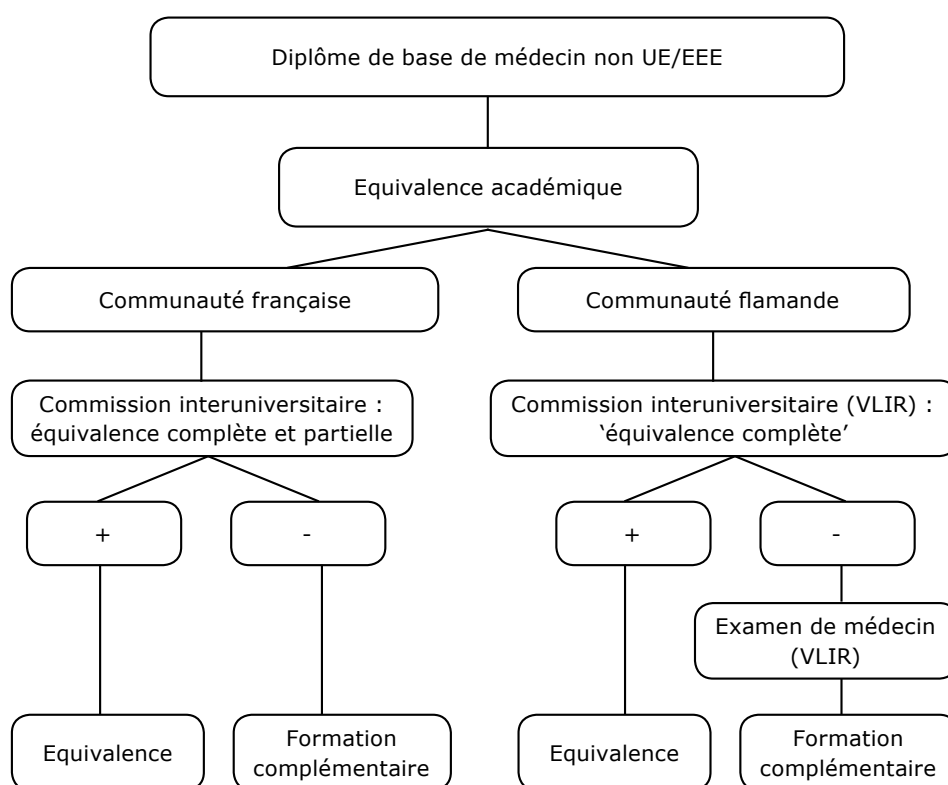
Source Geets 2008

Geets signale que l'octroi de la reconnaissance ne se fait pas toujours sans mal pour un certain nombre de professions réglementées. La procédure d'équivalence académique ne diffère pas seulement entre les Communautés, mais aussi, dans la Communauté flamande, entre les médecins et les infirmiers. Ces

procédures sont schématisées aux figures 4 et 5. Pour les infirmiers, la responsabilité relève du NARIC (National Academic Recognition Information Center). Celui-ci reçoit chaque année 6.000 demandes de reconnaissance de diplômes (pour toutes les filières), dont la moitié environ concerne des diplômes de l'enseignement supérieur. La plupart des demandes proviennent des Pays-Bas. N'importe qui peut faire une demande de reconnaissance de diplômes, quel que soit le statut. La reconnaissance accordée peut être complète (dans ce cas, le demandeur jouit des mêmes droits que le titulaire d'un diplôme belge) ou partielle, auquel cas le demandeur ne peut exercer qu'une partie de la profession. Le NARIC transmet les demandes à une commission de trois établissements d'enseignement supérieur, qui statue sur l'équivalence complète ou partielle du diplôme. Le NARIC dispose cependant d'une liste de formations étrangères qui ont déjà été analysées et qui ont été jugées équivalentes à la formation belge.

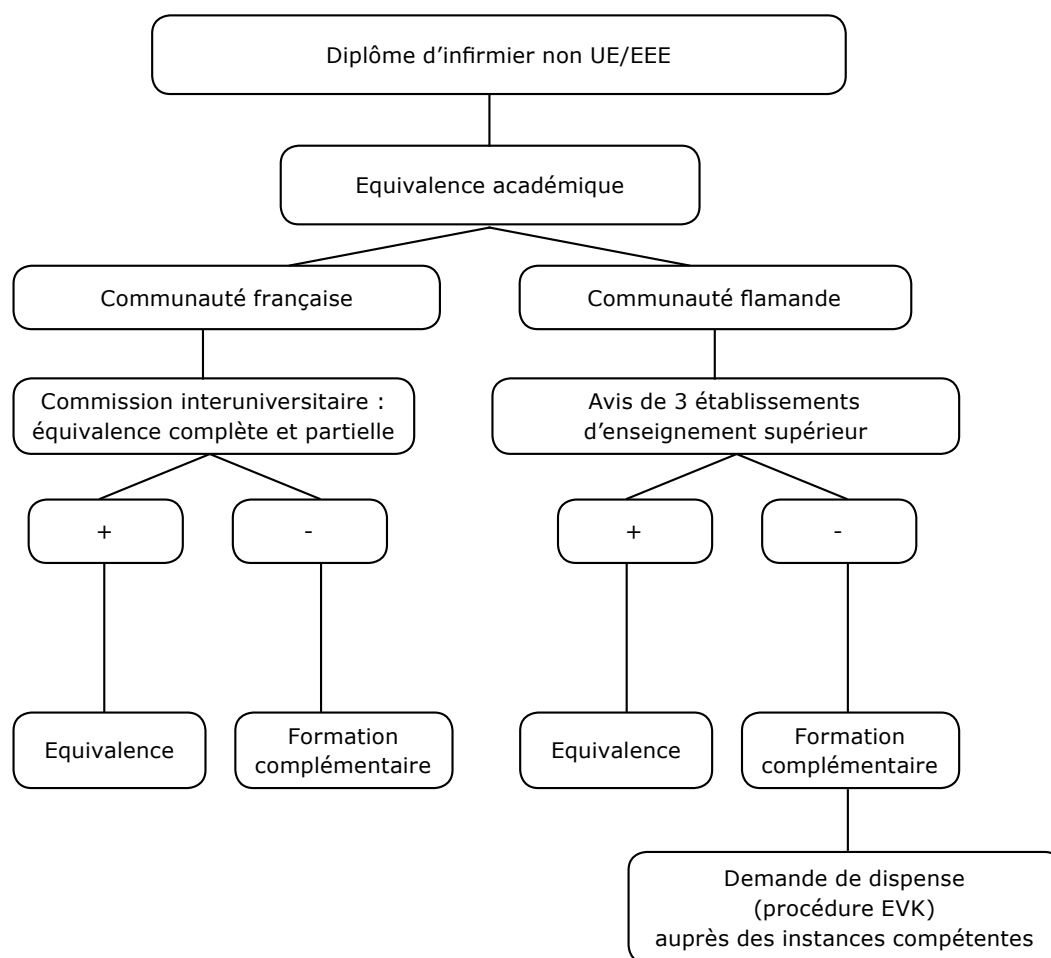
La procédure pour les médecins est différente : c'est la VLIR qui décide d'accorder l'équivalence du diplôme.

Figure 4. Procédures de reconnaissance du diplôme de base de médecin



Source Geets 2008

En pratique, il y a assez peu de diplômes de médecin obtenus en dehors de l'EEE ou de l'UE qui sont déclarés équivalents. De plus, la durée de la formation de base en médecine est plus longue en Belgique que dans beaucoup d'autres pays, ce qui rend plus difficile cette reconnaissance.

Figure 5. Procédures de reconnaissance pour les infirmiers

Source Geets 2008

La durée des études et le contenu de la formation peuvent sensiblement différer d'un pays à l'autre, ce qui crée des problèmes pour les demandeurs. En outre, il est rarement tenu compte de l'expérience professionnelle et le demandeur doit avoir étudié à un établissement supérieur reconnu pour pouvoir obtenir une équivalence de son diplôme de bachelier en soins infirmiers. Mais souvent, un diplôme étranger correspond à une formation de l'enseignement secondaire en Belgique (ce qu'on appelle la 7^e année) alors qu'elle est considérée à l'étranger comme une formation supérieure parce qu'elle ne relève pas de l'obligation scolaire. Les diplômes qui ne satisfont pas à la durée de la formation de bachelier en soins infirmiers ou d'infirmier du 4^e degré sont dès lors assimilés au diplôme d'aide-soignant/soignante.

Les différences dans les procédures de reconnaissance entre les Communautés ont aussi une autre conséquence indirecte assez étonnante : rien n'empêche celui dont la demande de reconnaissance a été refusée par la Communauté flamande d'introduire une demande auprès de la Communauté française, et vice versa. Si cette seconde demande est approuvée, le diplôme sera automatiquement reconnu dans l'autre Communauté aussi.

Un exemple récent illustre les difficultés que peuvent provoquer ces procédures pour le recrutement international. Jusqu'à la fin 2009, le diplôme philippin de MA en Nursing était reconnu, mais une commission a récemment décidé (en mai 2010) que cette formation présentait des différences significatives avec les exigences flamandes. Ceci a pour conséquence que l'accès des infirmiers philippins aux soins de santé en Belgique sera rendu plus difficile au cours des cinq prochaines années. Cela peut aussi engendrer des problèmes pour les établissements de soins. Ainsi, une maison de repos nous a signalé avoir recruté trois infirmiers philippins, qui auraient dû venir en Belgique durant l'été. Comme leurs diplômes ne sont plus jugés équivalents, ces personnes ne pourront plus être engagées ici et la direction de la maison de repos a toutes les peines du monde pour combler rapidement le manque de personnel.

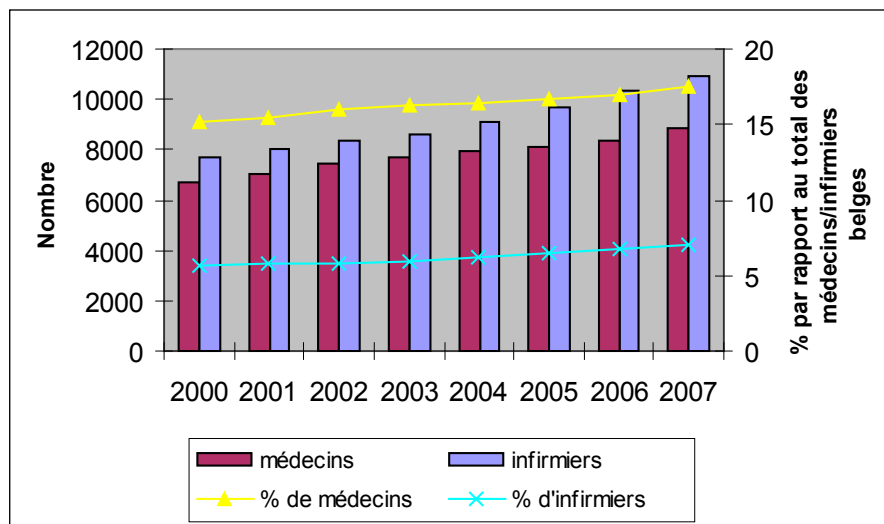
1.3. Le personnel étranger dans le secteur des soins de santé

1. Combien de médecins et d'infirmiers étrangers travaillent dans le secteur des soins de santé ?

Pour évaluer la proportion de personnel immigré dans le secteur de la santé, il faut examiner le nombre de diplômes qui ont été reconnus comme équivalents au terme de la procédure que nous venons de décrire. Sauf indication contraire, les tableaux se réfèrent à des données statistiques tirées de Geets 2008 et complétées par des données plus récentes.

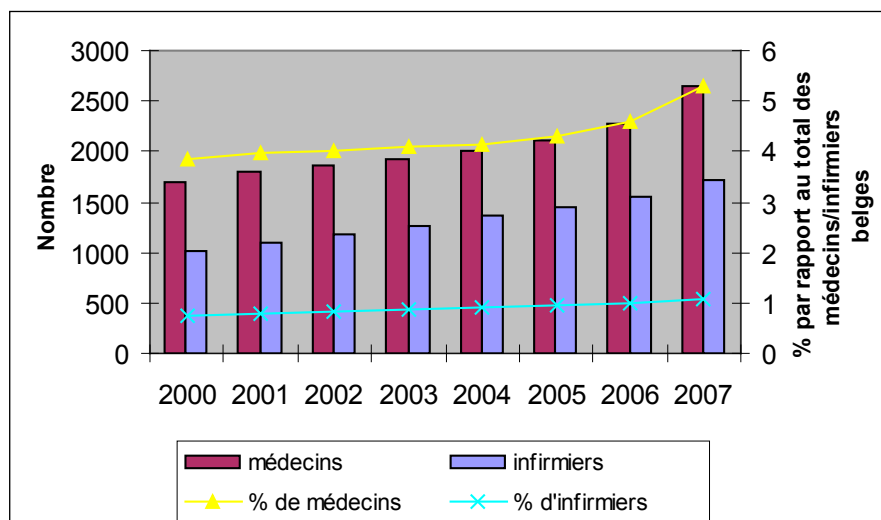
Johan Geets, chercheur au CEMIS de l'UA, s'est basé en 2008 sur des chiffres du Cadastre fédéral de la Santé pour rechercher combien de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger travaillent en Belgique. Il ressort de son analyse que l'immigration de médecins, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé est un phénomène assez récent et que le nombre de ceux-ci augmente depuis 2000. La figure 6 montre l'augmentation, entre 2000 et 2007, du nombre de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger. En 2007, près de 8.000 des 50.250 médecins, soit 17,6%, étaient nés à l'étranger. Pour le personnel infirmier, on observe des chiffres absolus similaires, mais la proportion d'étrangers est beaucoup plus faible par rapport au nombre total d'infirmiers et d'infirmières actifs en Belgique (soit 156.382). Geets donne deux explications à cette différence : d'une part, les travailleurs les plus qualifiés tirent (ou pensent pouvoir tirer) davantage parti d'une émigration que le personnel moins qualifié; d'autre part, la législation européenne rend plus facile l'émigration des médecins que celle des infirmiers.

Figure 6. Evolution du nombre de médecins et d'infirmiers actifs en Belgique et nés à l'étranger, de 2000 à 2007



La plupart des médecins et des infirmiers qui sont nés à l'étranger ont cependant obtenu leur diplôme en Belgique : seuls environ 30% des quelque 8.000 médecins et 15% des quelque 9.200 infirmiers nés à l'étranger y ont aussi été diplômés. La figure 7 montre l'évolution de ce paramètre. On peut constater que le recrutement international de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger n'est pas encore un phénomène très important en Belgique.

Figure 7. Evolution du nombre de médecins et d'infirmiers actifs en Belgique, nés à l'étranger et titulaires d'un diplôme étranger, de 2000 à 2007

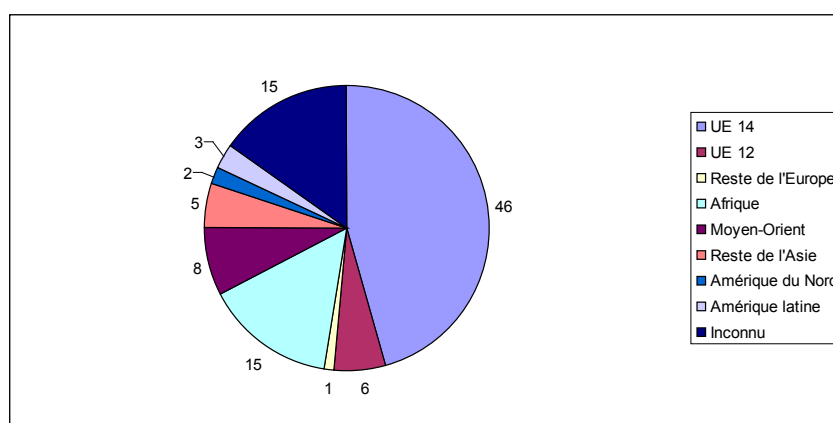


Dans une interview avec Johan Geets (2008), les syndicats de médecins ASGB et GBO expliquent cet accroissement (qui reste toutefois modéré) de l'immigration de personnel soignant par une demande de main-d'œuvre dans des secteurs moins attrayants, comme les médecins urgentistes dans les hôpitaux et les services de garde dans les centres médicaux. Roberfroid e.a. (2008) fait également état d'une plus forte demande dans certains secteurs. Autrement dit, même s'il n'y a pas de pénurie globale dans le secteur des soins de santé, on a du mal à recruter du personnel pour certains emplois vacants, indiquent ces chercheurs.

2. Nationalité du personnel soignant étranger

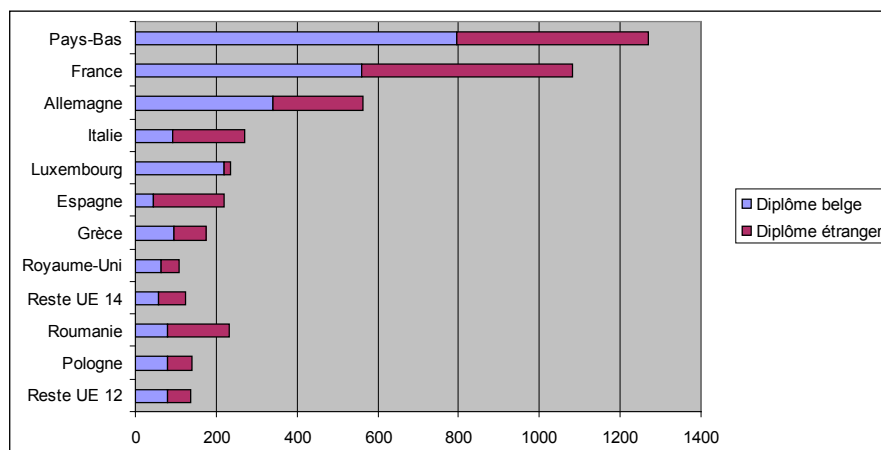
Environ la moitié des médecins étrangers provient de l'ancienne Europe des 15 (hormis la Belgique) et 6% des nouveaux Etats membres (voir figure 8). En dehors de l'Europe, c'est l'Afrique qui représente la plus forte proportion, avec 15%.

Figure 8. Origine des médecins étrangers actifs en Belgique en 2007



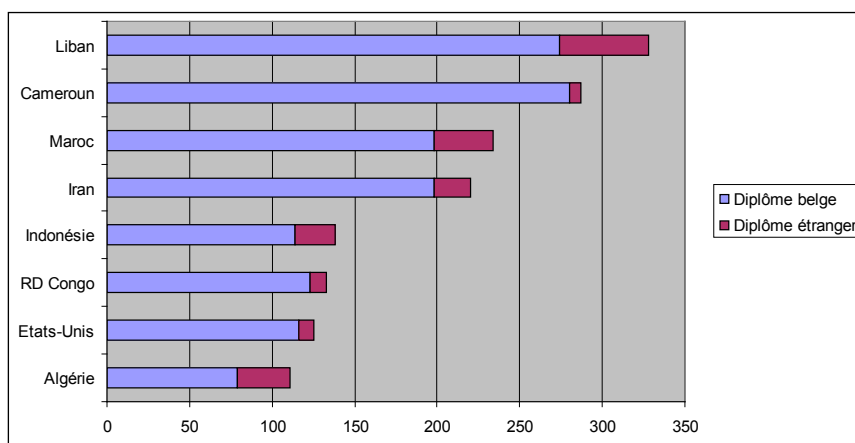
En Europe, ce sont les pays voisins qui fournissent le gros des médecins étrangers actifs en Belgique. La Roumanie se classe en tête des nouveaux Etats membres, avec 219 médecins.

Figure 9. Principales nationalités européennes parmi les médecins étrangers actifs en Belgique en 2007

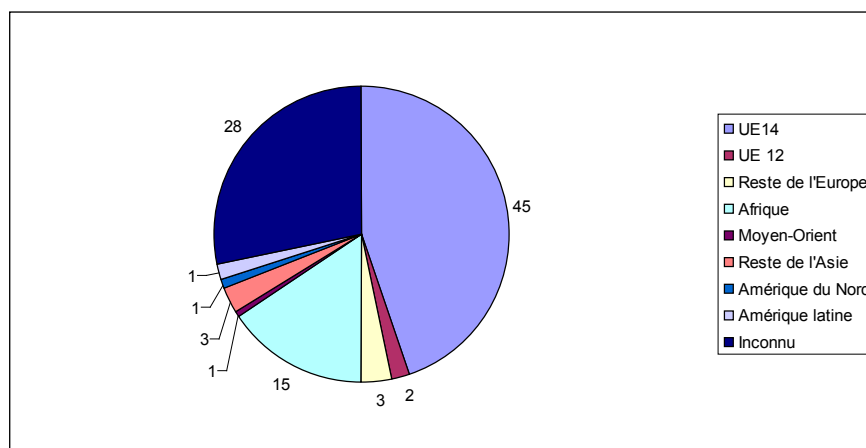


La figure 10 reflète la grande diversité des pays d'origine des médecins qui ont émigré dans notre pays. Une comparaison avec la figure précédente nous montre que la plupart des médecins originaires d'un pays extérieur à l'UE ont obtenu leur diplôme en Belgique.

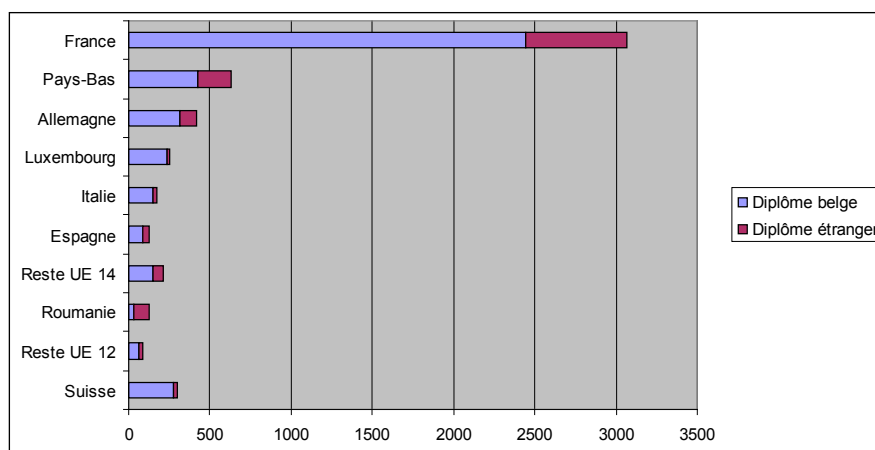
Figure 10. Principales nationalités non-européennes parmi les médecins étrangers actifs en Belgique en 2007



Pour le personnel infirmier, on constate une répartition comparable à celle des médecins, si ce n'est qu'il y a une proportion beaucoup plus forte de personnes d'origine inconnue et un moins grand nombre de personnes originaires d'un pays non-européen (en dehors de l'Afrique).

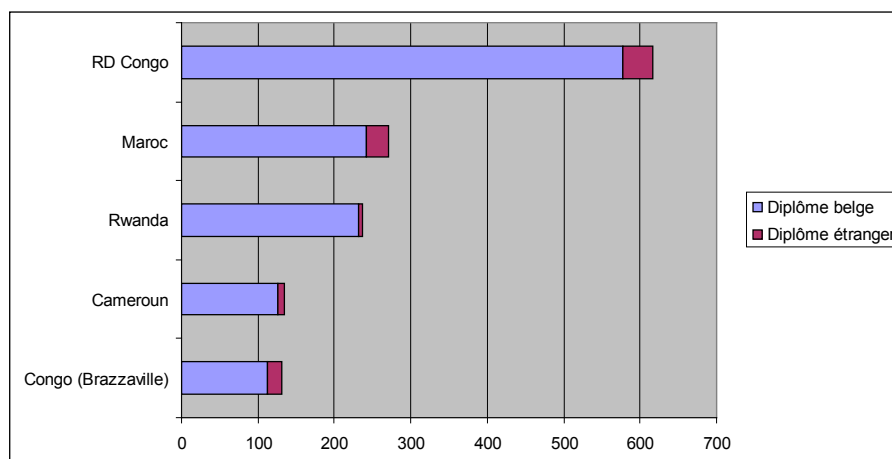
Figure 11. Origine du personnel infirmier étranger actif en Belgique en 2007

Tout comme pour les médecins, la plupart des infirmiers/mières étrangers européens proviennent de pays voisins, et principalement de la France, qui prend à son compte un tiers des infirmiers étrangers. Ceux qui n'ont pas obtenu leur diplôme en Belgique représentent une proportion beaucoup plus faible que pour les médecins.

Figure 12. Principales nationalités européennes parmi les infirmiers étrangers actifs en Belgique en 2007

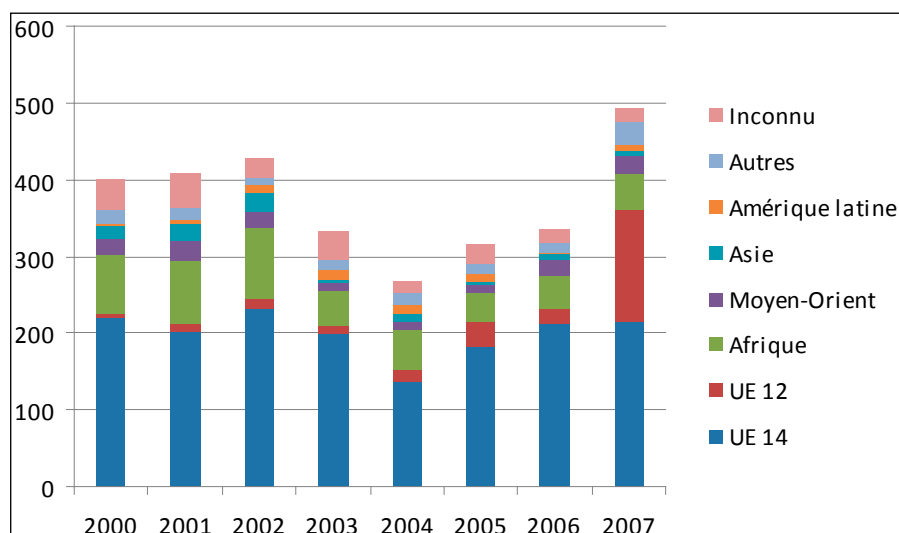
Parmi les infirmiers/mières non-européens, la plupart proviennent de la République démocratique du Congo et des pays voisins. On observe aussi des chiffres élevés pour le Maroc. Mais ici aussi, la conclusion est qu'il y a extrêmement peu de professionnels de la santé titulaires d'un diplôme étranger qui viennent travailler en Belgique.

Figure 13. Principales nationalités non-européennes parmi les infirmiers étrangers actifs en Belgique en 2007

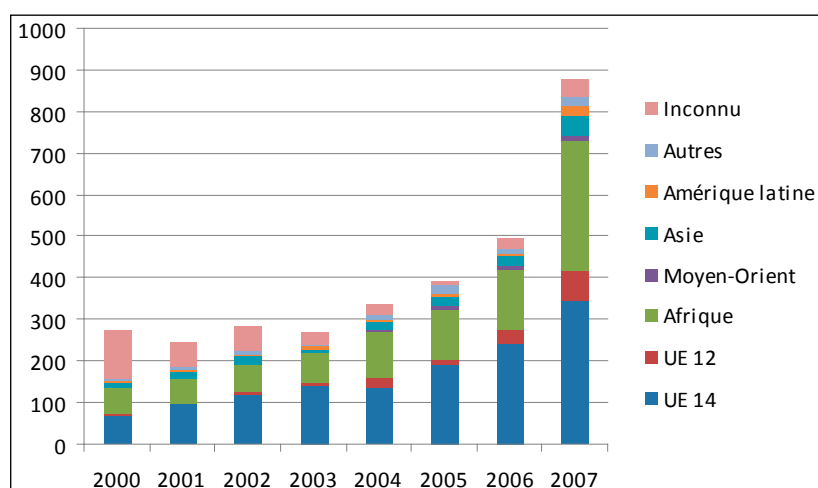


3. L'immigration du personnel soignant

Après avoir déterminé combien de médecins et d'infirmiers étrangers se trouvent actuellement en Belgique, concentrons-nous sur l'évolution de l'immigration de ces professionnels de la santé. La figure 14 nous apprend qu'entre 250 et 500 médecins ont émigré en Belgique chaque année dans la période 2000-2007 et qu'après une diminution, ce chiffre a connu un nouveau sommet en 2007. C'est surtout dû à l'arrivée de médecins roumains. Si on ne tient pas compte de cette année-là, la très grande majorité des migrants proviennent des 14 autres Etats membres de l'ancienne Europe des 15. Il est frappant de constater le nombre relativement faible de médecins originaires d'un pays du Sud. Parmi ceux-ci, les principales terres d'émigration sont le Cameroun, le Maroc, la République démocratique du Congo et le Liban.

Figure 14. Evolution de l'immigration des médecins en Belgique selon la région d'origine

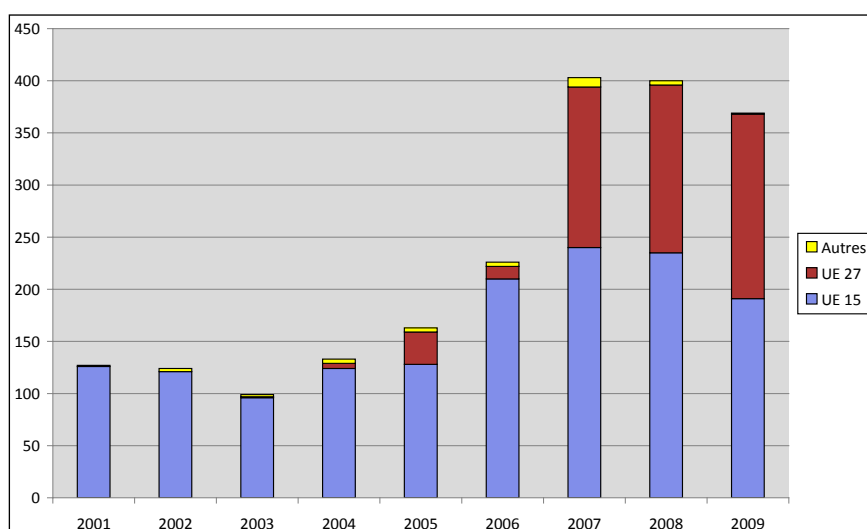
Du côté du personnel infirmier, le tableau est assez différent (voir figure 15), avec une augmentation progressive du nombre d'infirmiers étrangers migrants en Belgique et un quasi doublement en 2007. Cette croissance s'explique surtout par l'arrivée d'infirmiers originaires d'autres pays européens, à commencer par nos pays voisins. A elle seule, la France prend à son compte un quart de cette immigration. On observe aussi par ailleurs depuis quelques années une augmentation du personnel infirmier roumain et africain, venu principalement de la République démocratique du Congo, du Rwanda et du Cameroun et, dans une moindre mesure, du Congo-Brazzaville et du Maroc. Contrairement à leurs collègues roumains, la très grande majorité des infirmiers/mières venus du Sud sont titulaires d'un diplôme belge.

Figure 15. Evolution de l'immigration des infirmiers et infirmières en Belgique selon la région d'origine

4. Reconnaissances professionnelles

Un autre moyen pour évaluer la présence de personnel étranger est d'examiner le nombre de reconnaissances professionnelles.

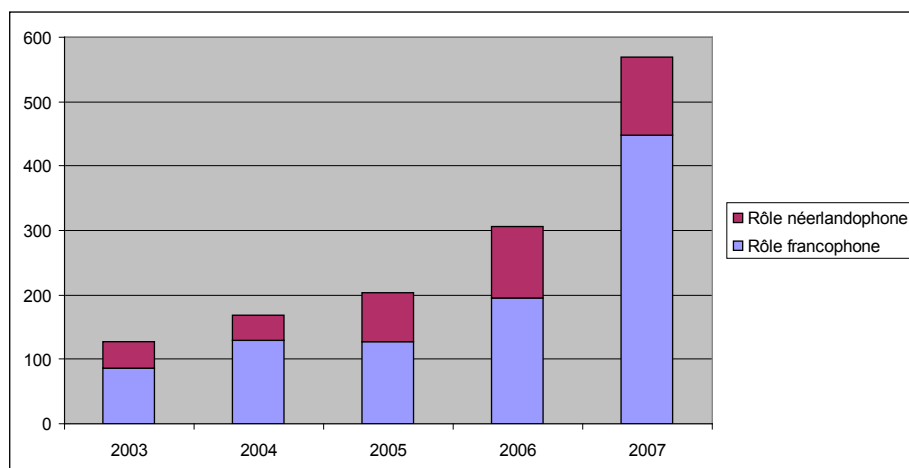
Figure 16. Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes de médecin entre 2001 et 2009



Source SPP Intégration Sociale 2011

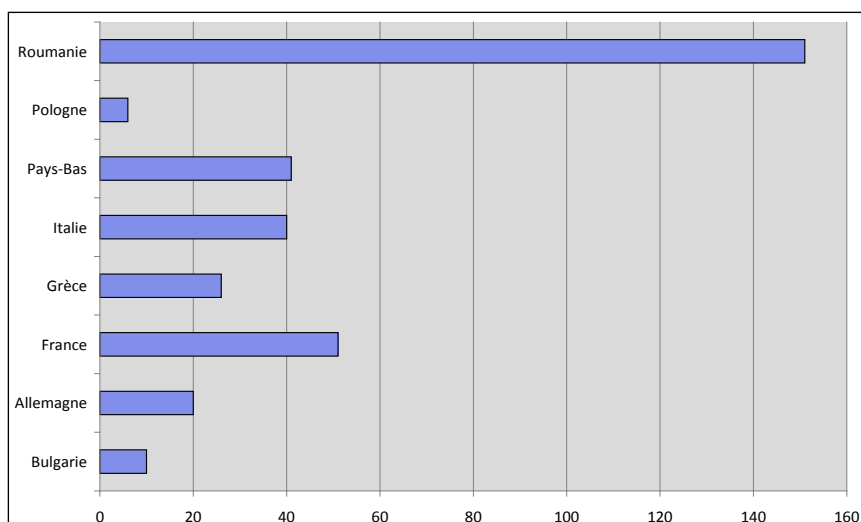
Le nombre de diplômes de médecins ayant bénéficié d'une reconnaissance professionnelle a fortement augmenté entre 2003 et 2007/2008, ainsi que le montre la figure 16. Il s'agit dans 73% des cas de diplômes de base (2001-2007). Cette évolution s'explique presque entièrement par une augmentation des demandeurs roumains et français. C'est pourquoi, comme on peut le voir à la figure 17, la progression est surtout sensible au niveau des reconnaissances accordées dans le rôle linguistique francophone.

Figure 17. Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes de médecin selon le rôle linguistique



La figure 18 montre la répartition des reconnaissances par nationalité en 2009.

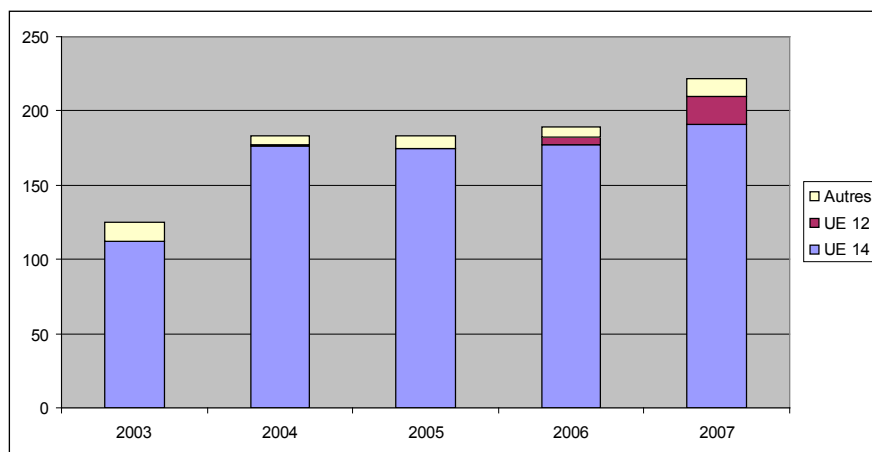
Figure 18. Reconnaissance des diplômes de médecin en 2009 par nationalité



Source SPP Intégration Sociale 2011

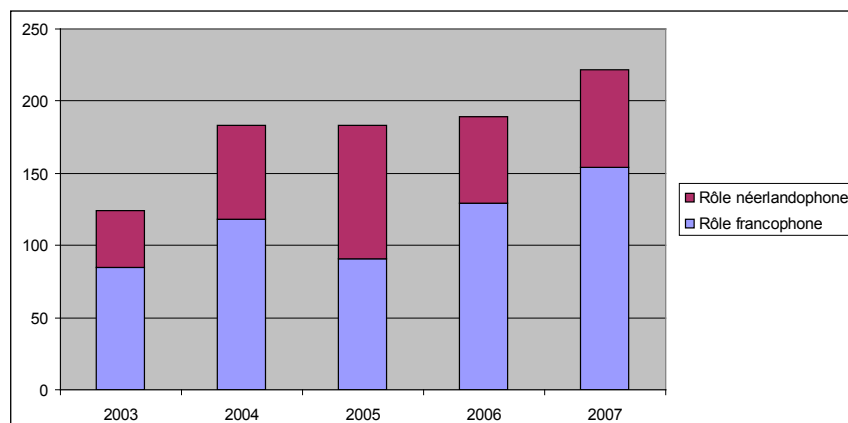
Les reconnaissances de diplômes d'infirmier augmentent légèrement (voir figure 19), mais les chiffres restent nettement inférieurs à ceux des médecins.

Figure 19. Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes d’infirmier entre 2003 et 2007

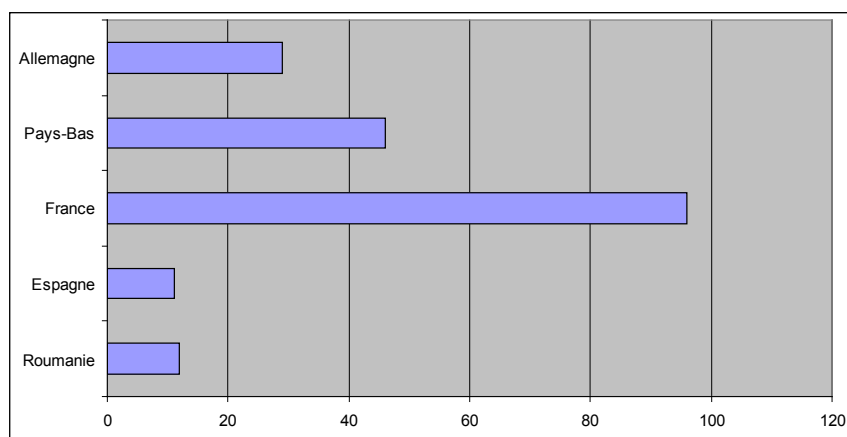


Exception faite de l’année 2005, la majorité des reconnaissances relèvent du rôle linguistique francophone (figure 20).

Figure 20. Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes d’infirmier selon le rôle linguistique

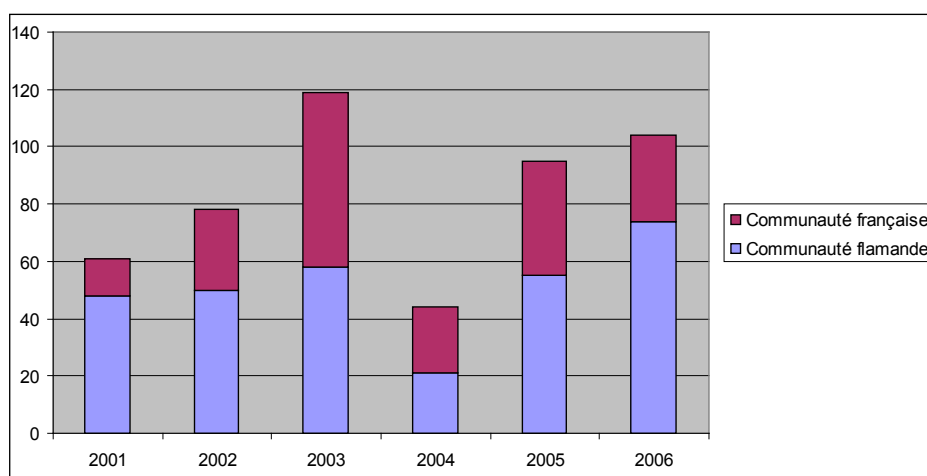


Tout comme pour les médecins, ce sont les pays voisins, et en particulier la France, qui se taillent la part du lion. Aucun autre pays, y compris la Roumanie, ne représente plus de 12 reconnaissances de diplôme.

Figure 21. Reconnaissance des diplômes d’infirmier en 2007 par nationalité

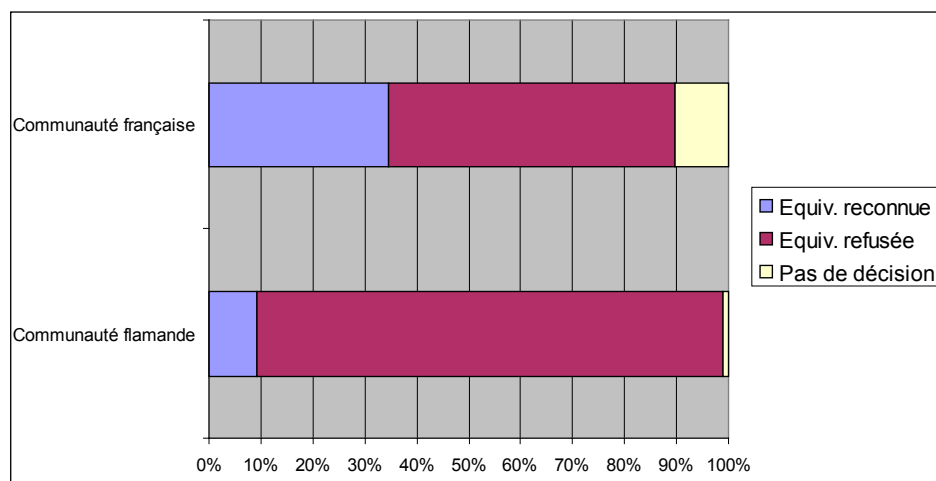
5. Reconnaissances académiques

Le nombre de demandes de reconnaissance académique en médecine a fortement fluctué dans les deux Communautés entre 2001 et 2006, mais sans jamais dépasser les 120 pour l'ensemble de la Belgique.

Figure 22. Evolution du nombre de demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin, en Communauté française et flamande

Cependant, le taux de réussite est très faible dans les deux Communautés, comme on peut le voir à la figure 23.

Figure 23. Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin, en Communauté française (2001- 2007) et flamande (2001-2006)



Une ventilation par nationalité fait apparaître la forte représentation des demandeurs russes en Communauté flamande (alors que les décisions positives concernent des pays très différents). Du côté de la Communauté française, il n’y a pas un pays qui se détache particulièrement.

Figure 24. Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin en Communauté flamande, par nationalité 2001-2006

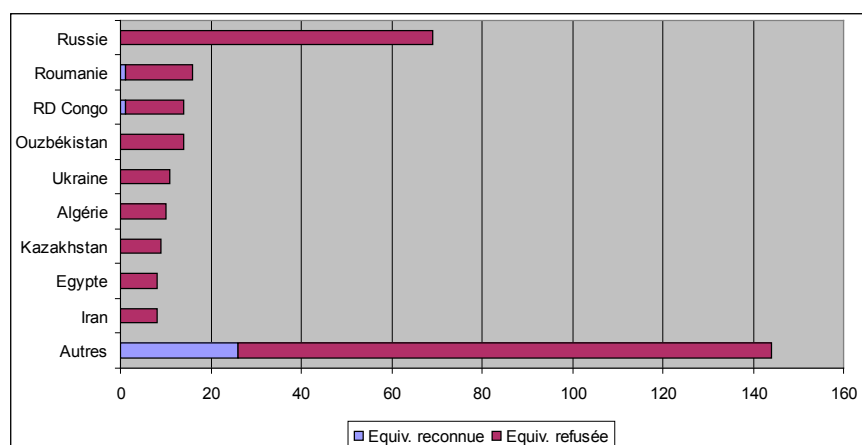
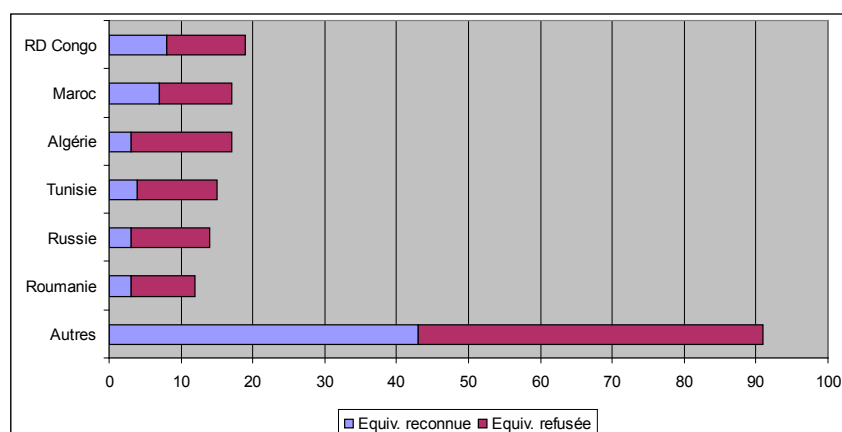
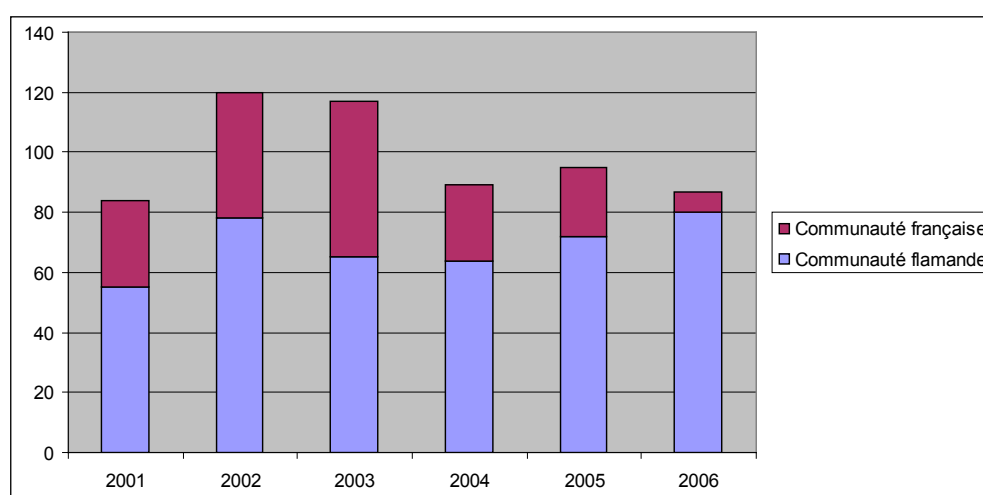


Figure 25. Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin, en Communauté française, par nationalité 2001-2007



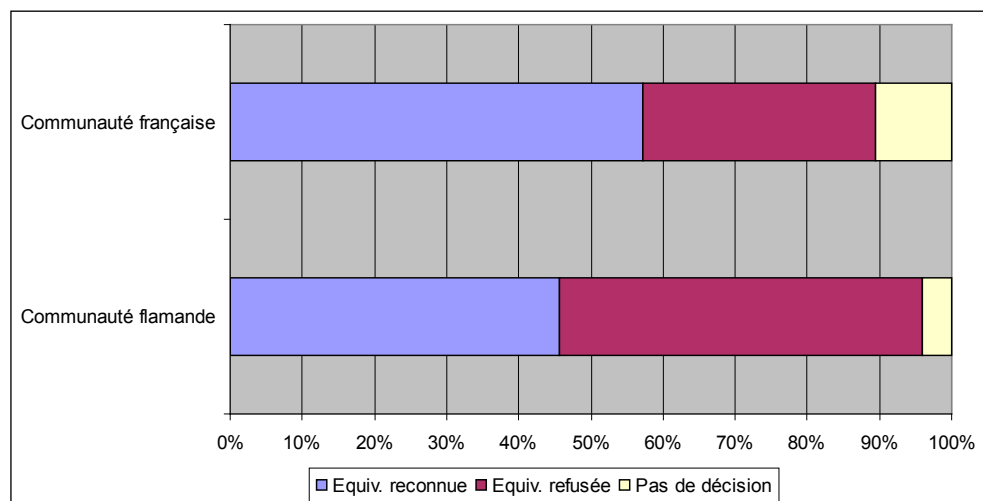
Pour ce qui est de l'évolution des demandes de reconnaissance académique des diplômes d'infirmier, le schéma est assez semblable, si ce n'est qu'il y a nettement plus de demandes en Communauté flamande qu'en Communauté française. Attention : ces chiffres ne prennent pas en compte les demandes d'équivalence au niveau secondaire (4^e degré).

Figure 26. Evolution du nombre de demandes de reconnaissance académique pour les diplômes d'infirmier, en Communauté française et flamande



Le taux de réussite est cependant beaucoup plus élevé que pour le diplôme de médecin.

Figure 27. Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme d'infirmier, en Communauté française (2001- 2007) et flamande (2001-2006)



La répartition par nationalité met en évidence la forte proportion de demandes françaises (approuvées) en Communauté française et le nombre relativement élevé de demandeurs originaires de la République démocratique du Congo dans les deux Communautés. Mais on observe malgré tout une grande hétérogénéité, comme en témoigne le nombre important des 'autres nationalités' dans les figures 28 et 29.

Figure 28. Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme d'infirmier en Communauté flamande, par nationalité 2001-2006

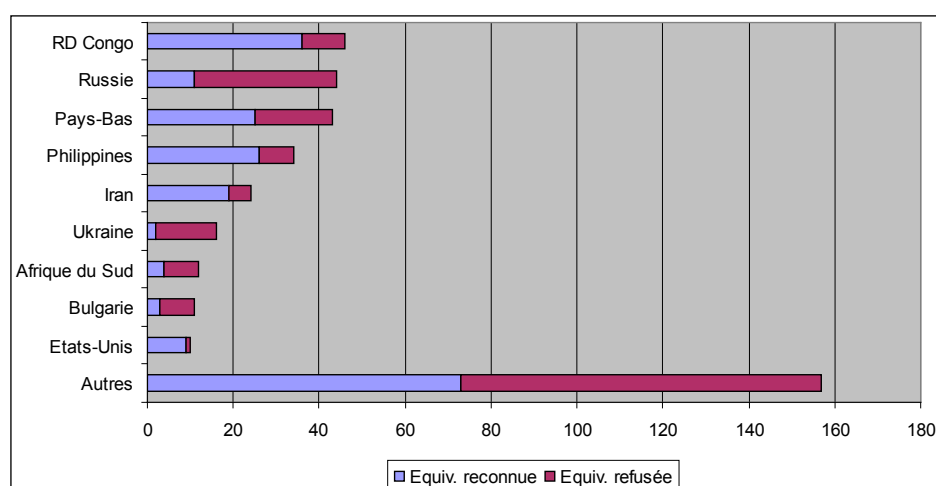
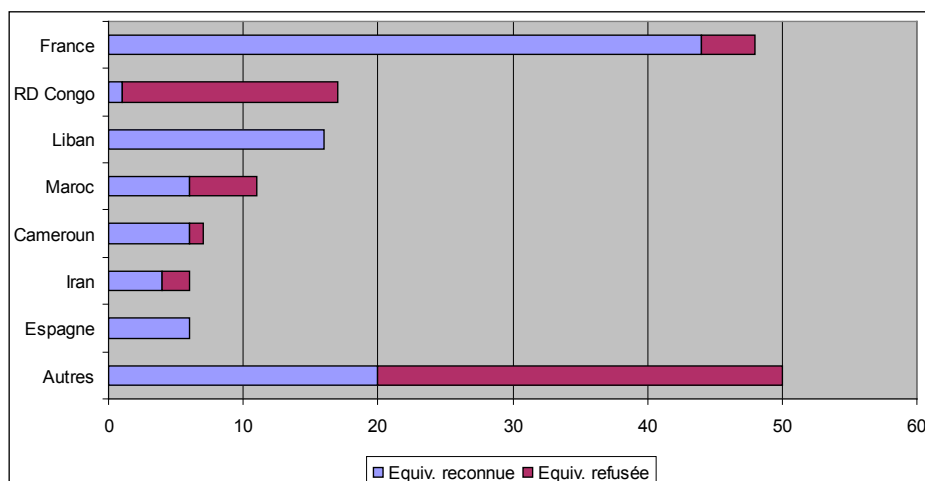


Figure 29. Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme d'infirmier en Communauté française, par nationalité, 2001-2007



6. Permis de travail

La figure 30 montre que le permis de travail B est devenu très populaire dans le secteur de la santé (défini selon le code 85 du NACE) au cours des dernières années. Cette tendance se manifeste principalement dans la Région de Bruxelles-Capitale et dans une beaucoup moins grande mesure en Région wallonne (voir les figures 30 et 31). On ne l'observe pas en Flandre.

Figure 30. Nouveaux octrois et renouvellements de permis de travail B dans le secteur de la santé pour les médecins en Wallonie et à Bruxelles (2001-2006) et en Flandre (2003-2006)

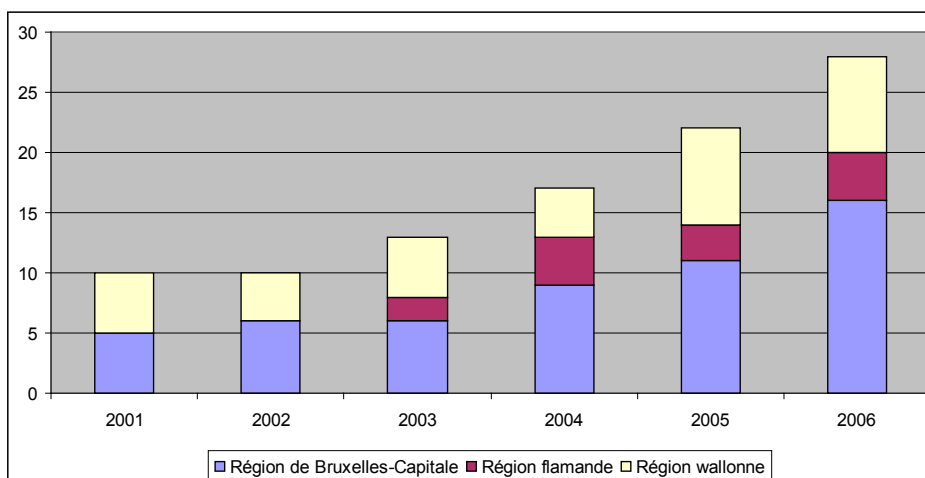
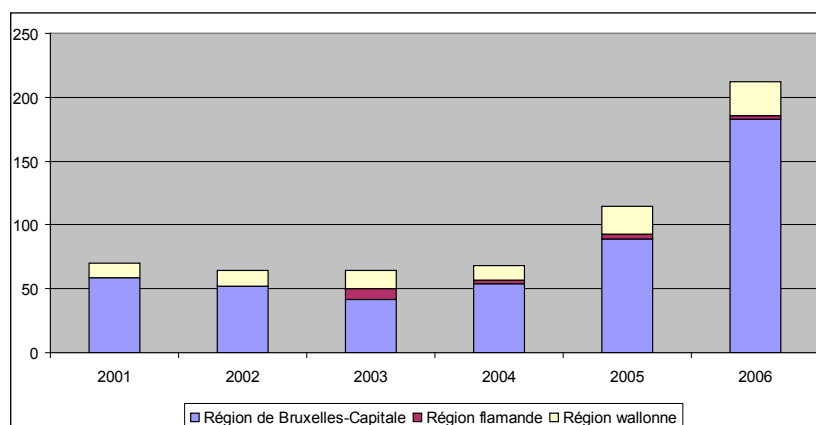


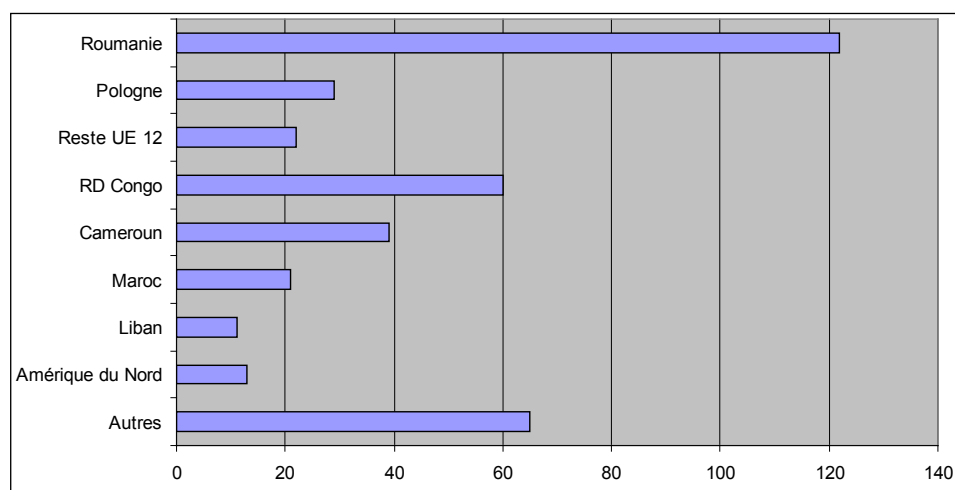
Figure 31. Nouveaux octrois et renouvellements de permis de travail B dans le secteur de la santé pour le personnel infirmier en Wallonie et à Bruxelles (2001-2006) et en Flandre (2003-2006)



L'âge moyen des demandeurs d'un permis de travail B tourne autour de 34 ans, mais il avait légèrement augmenté en 2006 pour atteindre 37 ans. En ce qui concerne le personnel infirmier, la majorité des demandeurs sont des femmes : elles représentent 80% du total de demandes. Parmi les médecins, la proportion de femmes varie entre 40 et 50%.

Pour l'ensemble des professions de la santé, la Roumanie et la République démocratique du Congo étaient, en 2006, les deux pays dont émanaient le plus grand nombre de demandes de permis de travail B.

Figure 32. Nouveaux octrois et renouvellements de permis de travail B dans le secteur de la santé en 2006 (les ressortissants de Chypre et de Malte sont dispensés d'un permis de travail)



1.4. Recrutement international de professionnels de la santé en Belgique

1. Le recrutement international : un phénomène nouveau ?

Le recrutement international est un phénomène relativement nouveau en Belgique. La plupart des étrangers actifs dans le secteur de la santé sont venus ici de leur propre initiative : ils avaient des contacts personnels dans notre pays ou bien leur conjoint était belge et était au courant d'une offre d'emploi pour laquelle ils ont sollicité avec succès. Dans certains cas, il y avait déjà eu des contacts entre des établissements belges et étrangers ou entre du personnel médical. Mais cela ne s'inscrivait pas dans le cadre d'une convention formelle et d'une véritable recherche de personnel étranger. On ne pouvait donc pas parler d'un recrutement actif sur le marché de l'emploi à l'étranger.

Cette situation a rapidement évolué ces dernières années. Plusieurs établissements de soins se tournent à présent vers des travailleurs étrangers pour combler des pénuries de personnel ou pour bénéficier de leur expertise. Mais pour l'instant, il ne faudrait pas surestimer cette évolution. Les données statistiques qui ont été mentionnées plus haut dans cette étude montrent que la proportion de personnel étranger reste relativement faible. Une enquête menée par Janssens (2009) auprès de 29 hôpitaux belges et de 184 maisons de repos et de soins (MRS) a cependant fait apparaître que 59% des MRS et 69% des hôpitaux employaient du personnel né à l'étranger. Mais les migrants représentaient à peine 3,3% des effectifs des MRS et moins d'un pour cent de ceux des hôpitaux. Ces personnes travaillent souvent comme infirmiers, comme aides-soignants, comme personnel de nettoyage, comme personnel de cuisine ou comme personnel technique. Ainsi, 15% des MRS et 42% des hôpitaux employaient du personnel infirmier né à l'étranger, mais on ne retrouve des médecins étrangers que dans deux hôpitaux. Comme le dit l'auteur, il faut être prudent avant de généraliser ces chiffres à tous les établissements de soins.

Ces dernières années, des bureaux spécialisés ont investi le marché du recrutement de personnel soignant étranger. Ils proposent leurs services pour rechercher, sélectionner et accompagner du personnel international. On peut se demander s'il s'agit d'une conséquence ou au contraire d'une cause de l'intérêt que les établissements de soins commencent tout doucement à manifester pour recruter du personnel étranger. Comme les bureaux de recrutement font la promotion d'une nouvelle possibilité et la rendent possible pour les établissements de soins, il se peut en effet qu'ils contribuent à générer cette nouvelle demande. En dehors de la région bruxelloise, le nombre d'initiatives de recrutement est encore relativement faible. Il s'agit souvent de quelques individus ou d'une dizaine d'infirmiers ou d'infirmières tout au plus.

La plupart de ces initiatives sont nées lorsqu'une pénurie de personnel infirmier s'est fait sentir. Le nombre de ces bureaux de recrutement ne cesse cependant d'augmenter. Nous allons décrire ci-dessous quelques-unes des initiatives les plus connues. Elles illustrent la portée et les caractéristiques de cette évolution.

2. Les expériences des établissements de soins

- L'expérience d'un hôpital : l'UZA

Un premier exemple est une initiative qui a été prise par l'Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA). Dans la période 2000-2002, celui-ci a mis sur pied un partenariat avec l'université polonaise de Wroclaw afin de pallier la pénurie de personnel soignant. Au total, 14 personnes titulaires d'un diplôme polonais d'infirmier ou d'infirmière ont ainsi été engagées. Mais leur diplôme n'a pas été reconnu comme équivalent. Une procédure de sélection a été organisée en Pologne et les candidats ont dû suivre un cours de néerlandais et de jargon professionnel (60 h) spécialement conçu pour l'occasion. Les 14 personnes qui ont réussi le test linguistique ont reçu un permis de travail d'un an (prolongeable de 6 mois) et ont été engagées dans différents services de l'hôpital. Un coach a assuré leur encadrement. Bien que le projet ait été une réussite, il n'a pas été poursuivi parce qu'il nécessite un investissement assez important dans le recrutement et la sélection du personnel. En outre, il y a eu des résistances de certaines organisations et administrations. Aucun bureau de recrutement n'a été impliqué dans ce projet.

Par contre, cela a été le cas pour de nouveaux projets pilotes qui ont été initiés en 2009 et qui se sont inspirés de cette première initiative. Le coordinateur du personnel de l'UZA souligne que son établissement adopte une vision à long terme en matière de recrutement international. On ne recourt pas à l'engagement de personnel étranger comme une solution d'urgence en période de pénurie. Au travers de petits projets pilotes, qui sont suivis de manière intensive, évalués et éventuellement réajustés, l'UZA s'efforce de déterminer si et de quelle manière le recrutement international peut constituer une future filière de recrutement tout en contribuant à une plus grande diversité dans l'établissement et en apportant d'autres plus-values. Pour l'instant, il n'y a d'ailleurs pas de pénurie significative de personnel à l'UZA et on ne peut donc pas considérer que le recrutement à l'étranger sert à combler des déficits de main-d'œuvre.

Deux projets pilotes sont actuellement menés. Ils se concentrent sur le recrutement d'infirmiers polonais et roumains. Il n'y a pas d'initiatives en cours pour des médecins ou pour d'autres professions de la santé. Dans ces deux cas, l'UZA collabore avec les bureaux de recrutement Moving People pour la Roumanie et Benevobis pour la Pologne. Même s'il y a beaucoup de similitudes entre eux, ces deux bureaux présentent néanmoins de grandes différences dans leur fonctionnement. Ainsi, la sélection des candidats se fait chez Benevobis avant que le candidat ait appris le néerlandais alors que chez Moving People elle a lieu après le cours de langue. Le délai entre la sélection et le recrutement est donc plus long pour le premier bureau que pour le second. Les deux sociétés prennent en charge le recrutement à l'étranger, mais Moving People s'investit aussi de manière intensive dans l'accompagnement en Belgique. Au total, cinq infirmiers (ou infirmières) polonais sont venus en Belgique en 2009 et trois roumains en février 2010. Ils ont tous un contrat avec l'UZA et ils sont engagés aux mêmes conditions de travail que leurs collègues belges (ce qui est d'ailleurs une obligation légale). La procédure d'équivalence des diplômes et les autres procédures administratives se déroulent sans problème : les bureaux de recrutement s'en chargent. En outre, les procédures ont été simplifiées pour les travailleurs polonais, qui n'ont plus besoin d'un permis ou d'une autorisation de travail. Le coordinateur insiste cependant sur le fait qu'un tel projet exige un investissement et un engagement de la part de l'établissement de soins. Un suivi sur le lieu de travail reste indispensable (en fonction aussi des services offerts par le bureau de recrutement), mais l'évaluation des coûts et des bénéfices doit être située dans un contexte plus large. De plus, il faut faire une comparaison équitable avec les coûts inhérents à

d'autres actions de recrutement (p. ex. publier des offres d'emploi, assurer une formation,...) et se demander dans quelle mesure chacune de ces initiatives peut contribuer à la constitution d'un personnel stable, de qualité et durable. Le principal obstacle mentionné concerne la barrière linguistique. Malgré la formation suivie dans le pays d'origine, un cours de langue complémentaire en Belgique reste indispensable. L'UZA a ainsi conclu une collaboration avec le VDAB pour un cours de néerlandais sur le lieu de travail. D'autre part, le coordinateur a aussi observé certaines différences dans les exigences professionnelles d'un pays à l'autre. En Pologne, la tradition du travail infirmier est plus proche de la nôtre. Par exemple, les infirmières roumaines ne savent pas faire de lits parce que cela ne fait pas partie de leurs tâches et de leur formation en Roumanie. Selon Henneman (2010), le personnel infirmier en Roumanie et en Pologne jouit aussi d'une plus grande autonomie qu'en Belgique, où c'est le médecin qui prend les décisions (Henneman 2010). Il ne faut pas non plus sous-estimer l'influence des liens avec le pays d'origine : deux des cinq infirmières polonaises sont rentrées prématurément parce qu'elles avaient le mal du pays.

- L'expérience des Cliniques de l'Europe

Parmi les pionniers du recrutement international de professionnels de la santé en Belgique, il y a les cliniques de l'Europe, à Bruxelles. D'après le directeur des RH, celles-ci ont exploré cette piste dès le début des années 2000. Le recrutement international est considéré comme l'une des options pour combler les pénuries de personnel hospitalier. Selon le directeur, ce n'est certainement pas la solution miracle, mais c'est une possibilité complémentaire, à côté des recherches sur le marché de l'emploi en Belgique et des efforts pour rendre le métier plus attractif. Au début, l'hôpital a envisagé la piste des Philippines, mais il a abandonné cette option en raison des procédures administratives et de la réglementation (qui était plus stricte à cette époque-là). En collaboration avec le fondateur de Moving People, les regards se sont alors tournés vers d'autres pays, en l'occurrence la Roumanie, le Liban et la Tunisie. Moving People a proposé un cadre global, comprenant une formation linguistique et culturelle dans les pays d'origine. Ce bureau se charge également de procéder à une première sélection et d'accomplir les procédures administratives. Dans un deuxième temps, le directeur des RH va lui-même rendre visite aux candidats retenus pour un entretien de sélection. Cet entretien porte entre autres sur les possibilités d'intégration dans la société belge et sur les tâches que doit assumer le personnel infirmier en Belgique (qui peuvent être différentes de ce qui se fait en Roumanie). Le directeur cherche aussi à savoir si le candidat pourra s'intégrer dans l'équipe de l'hôpital bruxellois. Les candidats doivent maîtriser au moins l'une des langues nationales.

Aux dires du directeur des RH, la collaboration avec le bureau de recrutement est excellente. Au cours des cinq dernières années, plus de 50 infirmiers et infirmières ont été recrutés à l'étranger. Certains sont retournés dans leur pays d'origine au bout d'un moment, mais la plupart des candidats ont réussi à bien s'intégrer. Si leur conjoint peut trouver du travail en Belgique, il ou elle vient parfois les rejoindre ici après un certain temps.

3. Agences de recrutement

- Limarex

Limarex est une agence de RH qui, depuis plusieurs années, offre aux entreprises la possibilité de recruter des informaticiens et des ingénieurs philippins. Depuis peu, elle sélectionne et recrute aussi du personnel infirmier. D'après Manu Thijs, Marketing & Sales Manager, Limarex s'est déjà forgé une solide

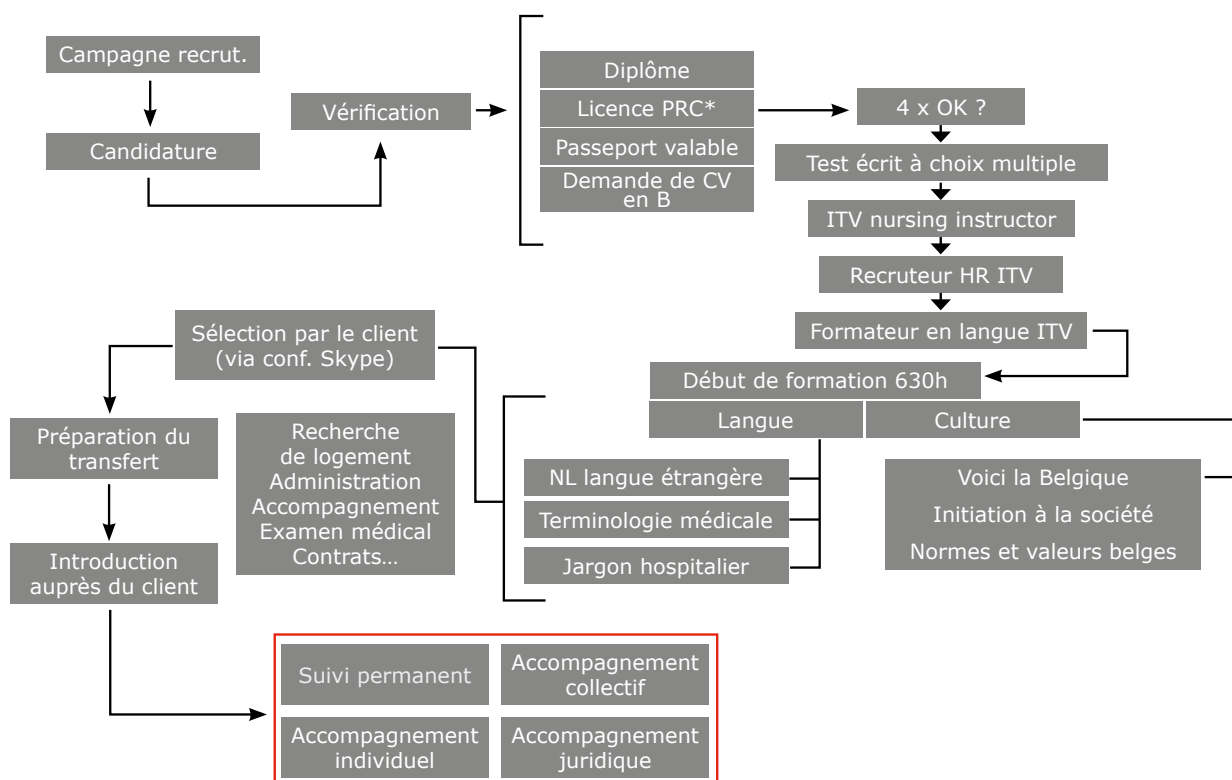
expérience sur le marché philippin de l'emploi. Mais le choix de ce pays est aussi motivé par l'excédent d'infirmiers et d'infirmières dans ce pays. Pour des raisons éthiques, Limarex tient à ne recruter des collaborateurs que dans des pays qui ne souffrent pas eux-mêmes d'une pénurie de personnel. En outre, les autorités philippines stimulent et facilitent le recrutement international. En matière de soins de santé, la culture philippine est proche de la nôtre, affirme Manu Thijs. Les Philippines sont un pays de tradition catholique, comme la Belgique, et la culture américaine y est omniprésente : en effet, ce pays a été colonisé par les Etats-Unis dans la première moitié du siècle précédent. L'émigration de main-d'œuvre est une caractéristique de la société philippine et la population y est donc habituée (ce qui est illustré par la popularité d'internet et des télécommunications dans le pays). Pour Manu Thijs, tous ces facteurs facilitent l'intégration dans le milieu du travail en Belgique.

Jusque dans un passé récent, la formation en soins infirmiers aux Philippines était aussi un atout. En effet, le diplôme philippin de Master of Arts in Nursing était assimilé au diplôme belge, ce qui simplifiait l'intégration sur le marché de l'emploi en Belgique. Comme nous l'avons déjà indiqué, ce n'est plus le cas depuis mai 2010, ce qui rend l'avenir plus incertain. Un autre écueil est l'exigence d'un revenu minimal pour pouvoir travailler en Belgique comme ressortissant hors UE : le candidat doit avoir l'assurance de pouvoir bénéficier d'un revenu annuel brut de 36.355 euros. Quand on prend en compte tous les petits suppléments, il est possible d'arriver à ce montant pour un infirmier ou une infirmière, mais cela implique de devoir faire un grand nombre d'heures supplémentaires et/ou de travail de nuit et de week-end. De manière générale, les travailleurs immigrés font souvent davantage d'heures de travail que leurs collègues étant donné qu'ils investissent moins de temps dans la vie familiale et sociale.

Les infirmiers et infirmières philippins peuvent être recrutés par Limarex s'ils sont en possession d'un passeport valable, s'ils sont titulaires d'un diplôme de bachelier ou de master en soins infirmiers et s'ils ont réussi l'examen d'Etat obligatoire. De plus, ils doivent avoir au moins trois ans d'expérience professionnelle dans un hôpital et ils doivent être prêts à s'établir en Europe et à suivre pendant quatre ans, sans rémunération, un cours de néerlandais à Manille. Limarex peut également imposer des exigences supplémentaires qui ne sont pas possibles sur le marché belge, comme une limite d'âge. Limarex recherche activement du personnel infirmier disposé à travailler dans des services de gériatrie et en salle d'opération. En Belgique, le travailleur bénéficie d'un encadrement professionnel sous la forme d'un accueil à l'aéroport, d'un accompagnement dans la recherche d'un logement, d'une assistance légale et d'activités d'intégration. La formation linguistique et culturelle se compose de 440 heures de néerlandais, 105 heures de jargon hospitalier, 35 heures d'orientation sociale, 35 heures de gestion des relations humaines et 15 heures de tests. Il s'agit donc au total d'une formation de 630 heures.

La figure 33 schématise la procédure de sélection :

Figure 33. Procédure de recrutement du candidat



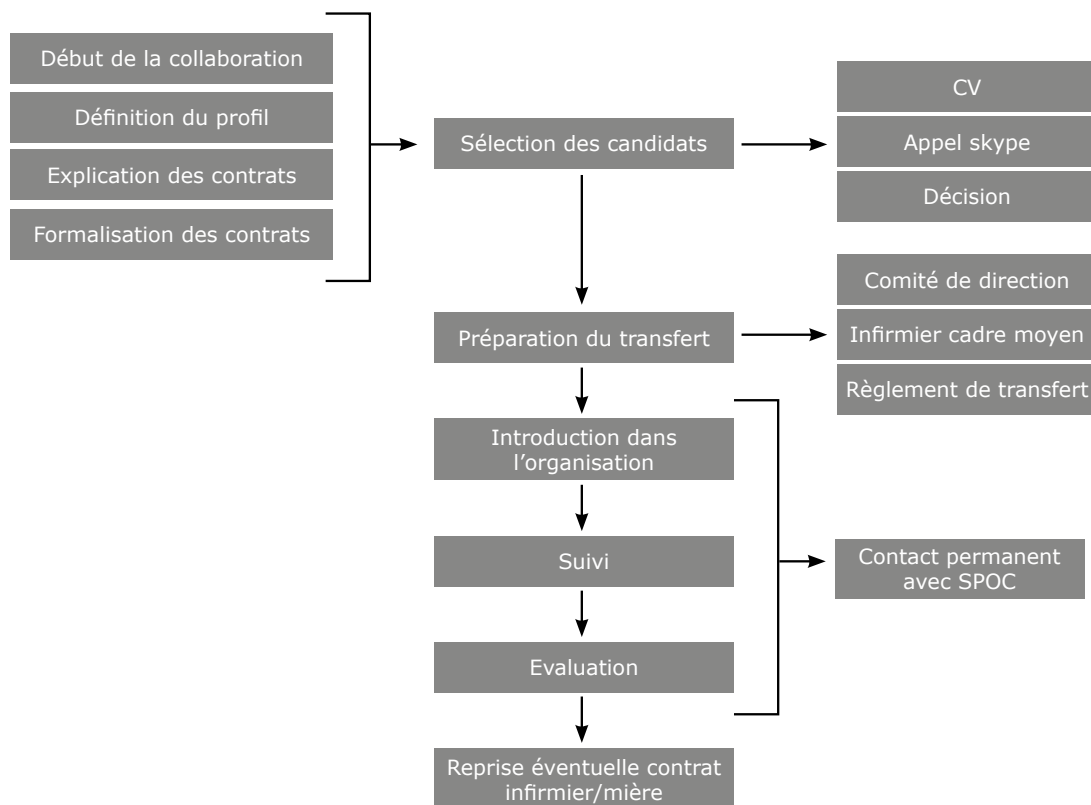
*PRC : Professional Regulation Commission

Source Thijs 2010

Limarex conclut une collaboration avec l'établissement de soins. Chaque formule est établie sur mesure, mais comporte toujours la garantie d'un engagement à temps plein des travailleurs sur la base de 38 heures par semaine et 152 heures par mois. Les prestations supplémentaires ou irrégulières sont rémunérées et Limarex garantit que le collaborateur travaillera 12 mois (dont 8 mois d'essai) pour l'employeur. A l'issue de cette période, l'établissement peut reprendre le contrat sans frais. Le travailleur perçoit sa rémunération selon les mêmes modalités que ses collègues. Toute la procédure vise à ce que l'hôpital puisse prendre le relais dans de bonnes conditions. Selon Manu Thijs, un délai d'un an est effectivement un minimum pour qu'un travailleur puisse décider s'il souhaite ou non rester en Belgique.

La figure 34 illustre la procédure pour le client :

Figure 34. Procédure de recrutement du point de vue du client



**SPOC : Single Point of Contact*

Source Thijs 2010

Bien qu'il ne soit pas possible de donner un prix unitaire, puisque chaque projet est sur mesure et dépend des services souhaités par l'établissement de soins, Manu Thijs estime, à titre indicatif, que le recrutement d'un infirmier philippin revient à un peu moins de 39€/h pour environ 1.600 heures de production. C'est environ 4 euros par heure de plus que le coût d'un travailleur intérimaire.

- Link2Europe

Fondée il y a quatre ans, l'agence d'intérim Link2Europe se spécialise dans le recrutement en Europe de personnel médical, tout comme Benevobis qui s'oriente sur le marché polonais. Contrairement à Limarex, par exemple, Link2Europe n'investit donc pas le marché asiatique. La procédure de recrutement est d'ailleurs différente. L'entreprise possède ses propres centres de recrutement en Pologne et en Roumanie. La plupart des infirmiers sont relativement jeunes étant donné que l'équivalence des diplômes ne s'applique de manière automatique que depuis 2004 pour la Pologne et 2007 pour la Roumanie. Link2Europe commence aussi à s'intéresser à la Lettonie, à la Lituanie, au Portugal et à la Bulgarie et il est possible que la Grèce, la Biélorussie et l'Ukraine s'ajoutent plus tard à cette liste. Jusqu'à présent, le nombre de recrutements reste assez limité. D'après Monsieur Van

Assche, administrateur délégué de Link2Europe, les employeurs font encore preuve de beaucoup de réticences pour recruter à l'étranger, préférant attendre de voir d'abord comment évoluent d'autres initiatives. Il souligne aussi la très forte concurrence de la part d'autres pays. Le Royaume-Uni recrute également au Portugal et les travailleurs étrangers ont davantage tendance à émigrer dans des pays dont ils connaissent la langue et où la procédure de recrutement se déroule facilement.

- Randstad Medical

Randstad Medical s'est lancée récemment dans un projet de recrutement de personnel hors UE pour le secteur des soins de santé en Belgique. Tout comme Limarex, l'entreprise s'est tournée vers les Philippines pour des raisons éthiques, parce que les pouvoirs publics ont mis en place des incitants et qu'il y a un excédent de personnel dans ce pays. La décision du NARIC de ne plus reconnaître les diplômes philippins en soins infirmiers a également joué un mauvais tour à Randstad Medical puisque les infirmiers et infirmières philippins ne peuvent plus trouver du travail en Flandre, à moins de suivre des formations complémentaires. Mais la question est de savoir qui peut et veut supporter le coût de cet investissement supplémentaire. Madame De Smedt, Business Development Manager chez Randstad, affirme que les entreprises sont très intéressées, mais que la demande est encore relativement réduite parce que les établissements de soins adoptent une attitude attentiste. De plus, un projet de recrutement est encore relativement cher en raison des nombreux services qu'il implique.

- Moving People

Moving People a vu le jour en 2005 dans la foulée du site internet de recherche d'emploi Stepstone et a d'abord prospecté le marché roumain en raison de la connaissance du français, des accords d'adhésion conclus avec l'UE et du différentiel de rémunération avec des pays tels que la Belgique. Ensuite, l'agence s'est concentrée sur le Liban, également pour des raisons de connaissance du français et de différentiel de rémunération, mais aussi parce que la formation en soins infirmiers y est d'un niveau technique assez élevé. Un cinquième des infirmiers/infirmières roumains et quatre cinquièmes des libanais peuvent être engagés au niveau du graduat (Geets 2008).

En 2007, l'agence s'est également lancée dans le recrutement de médecins. Les employeurs sélectionnent eux-mêmes sur place le personnel médical et infirmier.

Depuis sa création, Moving People a déjà recruté quelque 400 personnes pour des hôpitaux et des MRS belges (essentiellement francophones). En plus de la Roumanie et du Liban, l'entreprise recrute également en Tunisie et au Portugal.

L'administrateur de l'entreprise souligne l'importance de la procédure de sélection et l'intérêt qui est accordé aux aspects sociaux et à la situation familiale des candidats : qu'advient-il par exemple du conjoint ? On investit également dans la formation linguistique. Les candidats suivent deux fois par semaine une formation donnée via Skype. A l'issue de cette formation, ils sont présentés aux employeurs. La moitié des candidats est éliminée après cette procédure. En plus de la prise en charge des procédures administratives, par exemple d'équivalence des diplômes, l'entreprise les aide aussi lors de leur installation et de leur intégration en Belgique : recherche d'un logement, ouverture d'un compte, etc. Elle fournit également une assistance aux conjoints dans la recherche d'un emploi. Elle tient compte des aspects culturels et sociaux de la vie du candidat et s'efforce d'être toujours disponible. En effet, les candidats ne connaissent généralement presque personne au début de leur installation en Belgique. Ce suivi intensif vise

aussi à garantir un séjour à long terme en Belgique et à fidéliser la clientèle. Si une personne préfère malgré tout repartir au bout de quelques mois, par exemple parce qu'elle a le mal du pays, Moving People se charge de la remplacer ou déduit les honoraires en conséquence. L'entreprise garantit que le candidat restera au moins un an (Henneman 2010).

- Express Medical

Express Medical a été créée en 1988 et s'est spécialisée d'emblée dans le recrutement de personnel pour les établissements de soins. Après plusieurs restructurations, Express Medical fait désormais partie de l'entreprise néerlandaise USG people. L'agence a commencé à explorer il y a quelques années la piste du recrutement international pour pouvoir répondre à la demande des établissements de soins. En 2004-2005, elle a mis sur pied un premier projet pilote. Elle s'est tournée pour cela vers la région de Catalogne parce que celle-ci était confrontée à un excédent de personnel infirmier, que le catalan est proche du français et que les procédures administratives sont très simples, puisque l'Espagne fait partie de l'UE. Au total, quatre infirmiers/mières ont été recrutés et engagés dans des maisons de repos. Cela leur a permis de perfectionner petit à petit leur connaissance de la langue sans risque d'erreur médicale, ce qui pourrait être le cas dans un service d'urgence. Les maisons de repos recherchaient des personnes qui pouvaient exercer toutes seules un emploi à temps plein. En effet, selon le General Manager d'Express Medical, il est fréquent dans le secteur des soins que des emplois à temps plein soient partagés entre plusieurs travailleurs à temps partiel. Mais au bout de six mois environ, ces quatre personnes sont retournées en Espagne parce que l'obstacle de la langue s'est avéré insurmontable, que certaines d'entre elles avaient le mal du pays (y compris à cause du climat belge) et que les tâches qu'on leur confiait étaient trop différentes du travail qu'elles accomplissaient en Espagne, où on leur demande plutôt d'assumer des fonctions techniques et administratives.

Express Medical a alors décidé que son prochain projet se ferait en dehors de l'UE. Cette décision reposait en partie sur des raisons éthiques : le directeur général affirme que beaucoup de pays de l'UE sont eux-mêmes confrontés à une pénurie de personnel. Il connaît ainsi des infirmières ukrainiennes qui sont allées travailler en Roumanie pour répondre à un manque de personnel après que des infirmières roumaines ont émigré à l'Ouest. D'autre part, les procédures pour le recrutement d'infirmiers polonais, par exemple, étaient encore assez complexes au moment de l'analyse des projets pilotes, même si cela a changé aujourd'hui. En fin de compte, le choix s'est porté sur deux pays : les Philippines pour le marché néerlandophone et la Tunisie pour le marché francophone.

En 2008-2009, Express Medical a mis sur pied un projet pilote avec le Ziekenhuisnetwerk Antwerpen (ZNA) consistant à recruter du personnel infirmier philippin pour exercer des postes vacants à l'hôpital. D'après le communiqué de presse commun, les Philippines ont été choisies parce que le personnel infirmier y est excédentaire et que le niveau de formation, la mentalité et la culture de ce pays sont proches des nôtres. Express Medical a recruté deux candidats philippins par l'intermédiaire de sa division Express Projects. Ceux-ci sont entre autres interviewés au moyen d'une vidéoconférence. Ils ont subi une immersion linguistique intensive de quatre mois et le bureau de recrutement s'est chargé des procédures administratives pour le permis et les contrats de travail. Express Medical avance les frais de la formation linguistique, mais les candidats doivent les rembourser. Ils s'engagent à rester au service d'Express Projects pendant une durée minimale de deux ans et sont affectés à divers projets au sein du ZNA. Selon le bureau de recrutement, cette procédure, dite de 'projectsourcing', apporte une garantie d'emploi aux travailleurs tout en laissant la flexibilité nécessaire à l'établissement de soins. Le directeur général ajoute que les

autorités philippines exigent également que l'employeur signe un contrat avec le bureau de recrutement (ce qui, par exemple, n'est pas le cas en Tunisie) et que celui-ci se charge de l'accueil en Belgique.

Express Medical poursuit ce projet avec l'organisation d'une formation linguistique pour 15 nouveaux infirmiers et infirmières. Comme nous l'avons indiqué plus haut, la décision du NARIC de ne plus reconnaître l'équivalence des diplômes philippins a compliqué les choses. La seule solution est de les assimiler au diplôme d'infirmier gradué. Dans ce cas, les travailleurs philippins gagneront moins, mais ils pourront tout de même travailler en Belgique.

Le projet tunisien a démarré récemment. Vingt dossiers ont été préparés et l'un d'entre eux a terminé toute la procédure. Dans ce cas-ci, le contrat est conclu directement entre l'établissement de soins et les travailleurs.

4. Aspects à débattre

Cette analyse permet de distiller plusieurs aspects à débattre. Les neuf points suivants méritent une certaine attention :

1. les problèmes de langue;
2. les différences culturelles;
3. les différences dans les tâches à assumer par le personnel infirmier;
4. les coûts relativement élevés du recrutement;
5. la procédure et les problèmes de reconnaissance académique;
6. l'intégration sociale des travailleurs;
7. les considérations éthiques (pour le pays d'origine);
8. l'image des travailleurs étrangers (perçus comme un 'produit');
9. faut-il promouvoir le recrutement international ou plutôt puiser dans les réserves de main-d'œuvre en Belgique.

Selon la NVKVV, l'association professionnelle flamande des infirmiers, infirmières et sages-femmes, les principaux problèmes relatifs à l'insertion de personnel étranger concernent la relation entre le médecin, l'infirmier et le patient. En effet, une bonne communication entre ces différents acteurs est indispensable pour assurer la qualité des soins. Le recrutement de personnel infirmier étranger soulève des problèmes potentiels en matière de langue, de culture et d'acquisition de certaines compétences spécifiques au contexte.

La clinique Saint-Jean à Bruxelles a explicitement décidé de ne pas recruter de personnel étranger, mais de prospecter uniquement le marché du travail en Belgique. Monsieur Olbrechts, le directeur du personnel infirmier, précise que ses effectifs reflètent le caractère multiculturel de la ville de Bruxelles. La clinique est opposée au recrutement de personnel étranger pour trois raisons : le niveau insuffisant de qualification de ce personnel, les problèmes linguistiques et culturels et enfin le problème éthique que pose la recherche active de personnel dans des pays qui sont eux-mêmes confrontés à des pénuries. En revanche, la clinique recrute activement au sein de la communauté belge d'origine étrangère.

Une enquête menée par Janssens (2009) auprès de 29 hôpitaux belges et de 184 MRS a montré que la majorité de ces établissements n'observait pas de problèmes linguistiques auprès du personnel infirmier

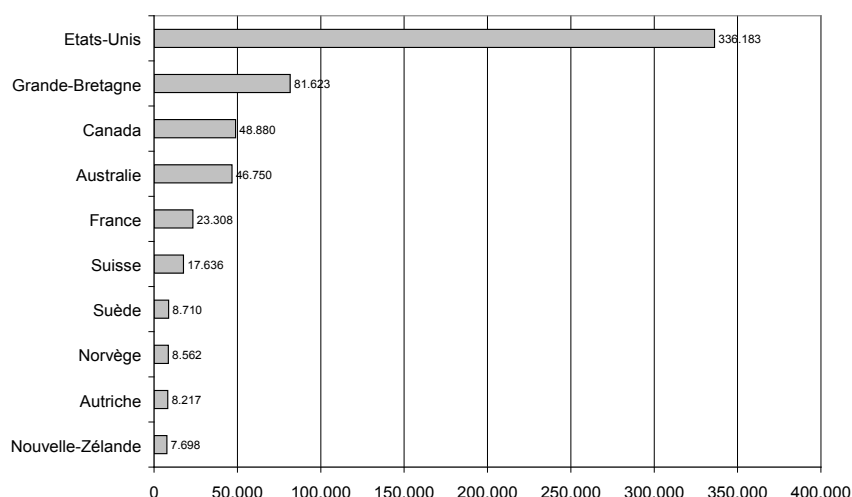
qui avait obtenu son diplôme en Belgique. Mais une minorité non négligeable constatait néanmoins des difficultés au niveau de la maîtrise de la langue : à peu près la moitié des hôpitaux et des MRS estimait que la communication entre des infirmiers étrangers titulaires d'un diplôme étranger et leurs collègues ou les patients était une source de problèmes. Par ailleurs, un tiers des établissements interrogés jugeait que la procédure de reconnaissance des diplômes prenait beaucoup de temps et une minorité pointait aussi certains problèmes touchant aux différences dans le contenu de la formation (notamment au niveau des compétences et des connaissances médicales) entre la Belgique et le pays où le diplôme avait été obtenu. Un autre problème mentionné concernait l'accueil et l'accompagnement du travailleur en dehors de l'établissement. Certaines MRS se plaignaient de l'attitude de ces travailleurs, plus précisément en ce qui concerne des absences injustifiées. Enfin, le mal du pays et l'absence de la famille étaient aussi des obstacles spécifiquement mentionnés par certains établissements pour les travailleurs recrutés à l'étranger.

CHAPITRE 2 LE CONTEXTE INTERNATIONAL : LA MOBILITÉ INTERNATIONALE DU PERSONNEL MÉDICAL DANS UNE SÉLECTION DE PAYS D'ACCUEIL

2.1 L'OCDE

L'étude de l'OCDE 'Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration', parue en 2007 dans *International Migration Outlook*, montre clairement quelle est la répartition du personnel médical d'origine étrangère dans les différents pays de l'OCDE.

Figure 35. Top 10 des pays de l'OCDE selon le nombre d'infirmiers / infirmières étrangers qui y sont employés



Source Dumont J-C and Zurn P. (2007) Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration, in International Migration Outlook, SOPEMI, Paris

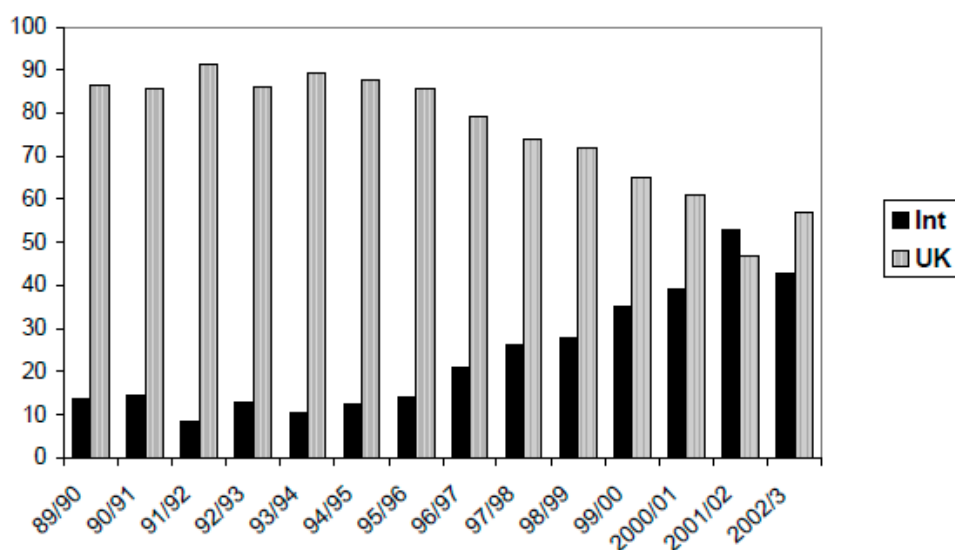
Le fichier source ne comprend pas tous les pays de l'OCDE (il manque par exemple la Belgique et les Pays-Bas). Quand on compare le total des infirmiers et infirmières repris dans le fichier (614.979 personnes) avec la part prise par les Etats-Unis, on s'aperçoit que ceux-ci comptent sur leur territoire plus de la moitié du personnel infirmier employé dans ces pays de l'OCDE (336.183 personnes). La Grande-Bretagne occupe la deuxième place, loin derrière, avec un peu moins d'un quart du nombre d'infirmiers et d'infirmières travaillant aux Etats-Unis (81.623 personnes), devant le Canada (48.880 personnes). Celui-ci est suivi de près par une autre terre traditionnelle d'immigration, l'Australie (46.750 personnes) largement devant la France (23.308 personnes), qui arrive en cinquième position. Mais quand on met en relation le nombre d'infirmiers et d'infirmières d'origine étrangère avec la population totale

de ces cinq pays, le classement change du tout au tout : c'est alors l'Australie qui se classe en tête (pour une population de 21.875.000 d'habitants³), devant le Canada (33.740.000 habitants), la Grande-Bretagne (60.221.000 habitants), les Etats-Unis (307.007.000 habitants) et la France (61.838.000 habitants).

2.2 Grande-Bretagne : l'héritage colonial

La Grande-Bretagne en général, et plus particulièrement l'Angleterre, ont une tradition de recrutement de personnel soignant à l'étranger. La figure 36 permet de suivre l'évolution de ce phénomène entre 89/90 et 2002/3. Il est frappant de constater qu'en 2001/02, il y a eu davantage de personnes d'origine étrangère qui se sont fait enregistrer comme infirmiers/infirmières que de Britanniques.

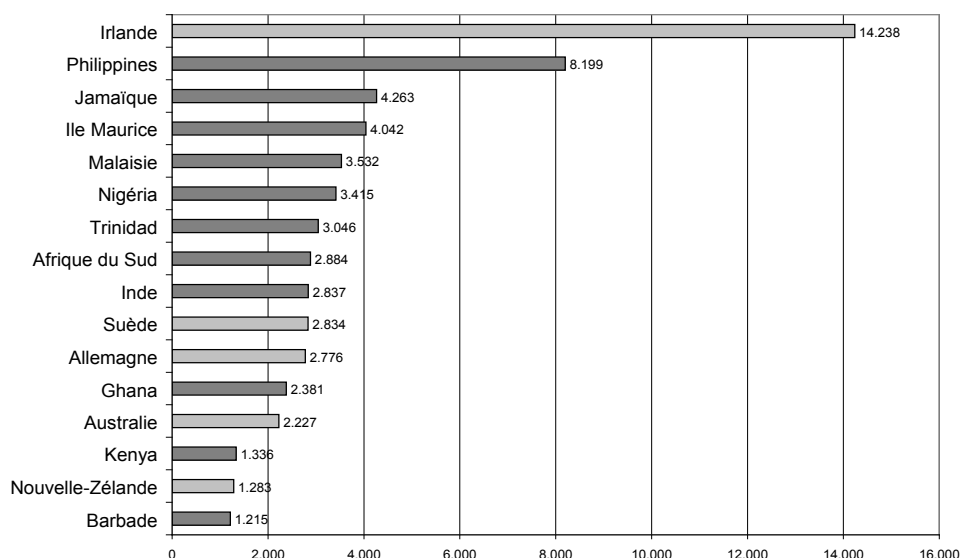
Figure 36. Pourcentage de personnes d'origine britannique et non-britannique par rapport au total de nouveaux infirmiers/infirmières autorisés chaque année à travailler au Royaume-Uni (1990 -2002) Premier enregistrement



Source Buchan & Dovlo (2004)

Un coup d'œil sur les chiffres de l'OCDE nous apprend que le gros de ce personnel étranger est d'origine irlandaise : c'est la première nationalité étrangère représentée, avec 14.238 personnes. Mais il ne s'agit pas d'une tendance générale. La deuxième plus grande nationalité européenne est constituée par les Suédois, qui occupent la dixième place dans ce classement, immédiatement suivis par les Allemands (11^e place) et les Australiens (13^e), qui arrivent donc en quatrième position parmi les pays du monde industrialisé.

3 Données démographiques banque mondiale 2009 : <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/POP.pdf>

Figure 37. Personnel soignant étranger en Grande-Bretagne par nationalité

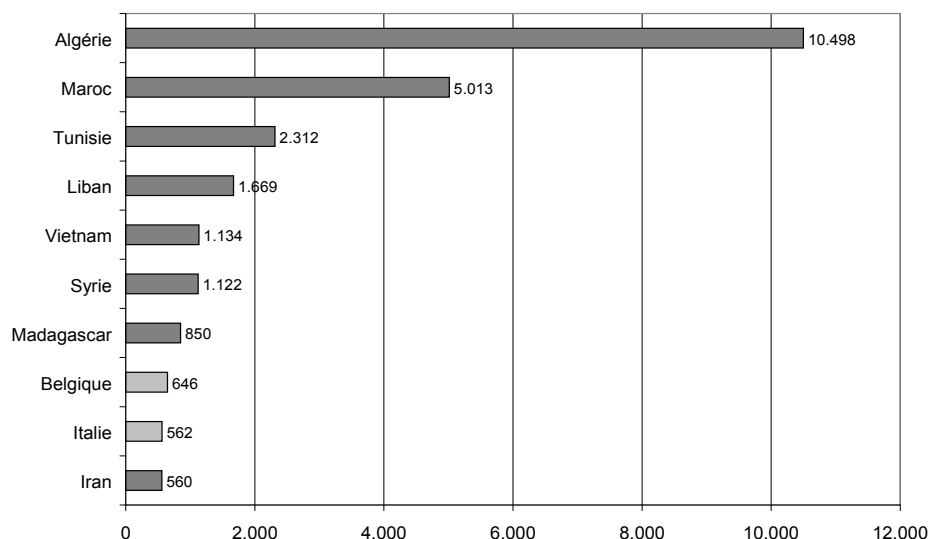
*Les barres sombres désignent le personnel soignant de pays hors OCDE et les barres plus claires se réfèrent à des pays de l'OCDE.

Source Dumont J-C and Zurn P. (2007) *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, in *International Migration Outlook*, SOPEMI, Paris

Un autre constat marquant dans la structure du personnel infirmier au Royaume-Uni est que la deuxième plus grande nationalité est constituée par les Philippins et que les pays suivants sont presque tous d'anciennes colonies britanniques. On retrouve dans la liste des pays qui comptent au moins 100 infirmiers ou infirmières en activité au Royaume-Uni un certain nombre de petits, voire de très petits Etats des Caraïbes, comme la Jamaïque (2.700.000 habitants, 3^e place), l'Île Maurice (1.275.000 habitants, 4^e place), Trinidad & Tobago (1.339.000 habitants, 7^e place) et même un pays comme la Barbade qui ne compte que 256.000 habitants et qui se place pourtant en 16^e position, avec 1.215 personnes actives au Royaume-Uni.

2.3 France : l'héritage colonial

Par rapport au nombre total d'habitants et en comparaison avec d'autres pays, comme la Grande-Bretagne et des pays traditionnels d'immigration, la France compte moins de personnel soignant d'origine étrangère. Les nationalités représentées sont aussi très différentes que dans les pays anglo-saxons. Ainsi, on ne trouve pratiquement pas de Philippins en France : dans le fichier OCDE de 2007, on ne dénombre que 16 médecins et aucune infirmière. La France recrute surtout dans ses anciennes colonies et dans quelques pays voisins. A eux seuls, les Algériens représentent près d'un tiers (31%) des médecins d'origine étrangère. Si on ajoute à cela les deux autres ex-colonies d'Afrique du Nord, le Maroc (15%) et la Tunisie (7%), on arrive à la conclusion que les médecins d'origine maghrébine constituent plus de la moitié des médecins d'origine étrangère actifs en France.

Figure 38. Les 10 premières nationalités de médecins d'origine étrangère en France

*Les barres sombres désignent le personnel soignant de pays hors OCDE et les barres plus claires se réfèrent à des pays de l'OCDE.

Source Dumont J-C and Zurn P. (2007) *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, in *International Migration Outlook*, SOPEMI, Paris

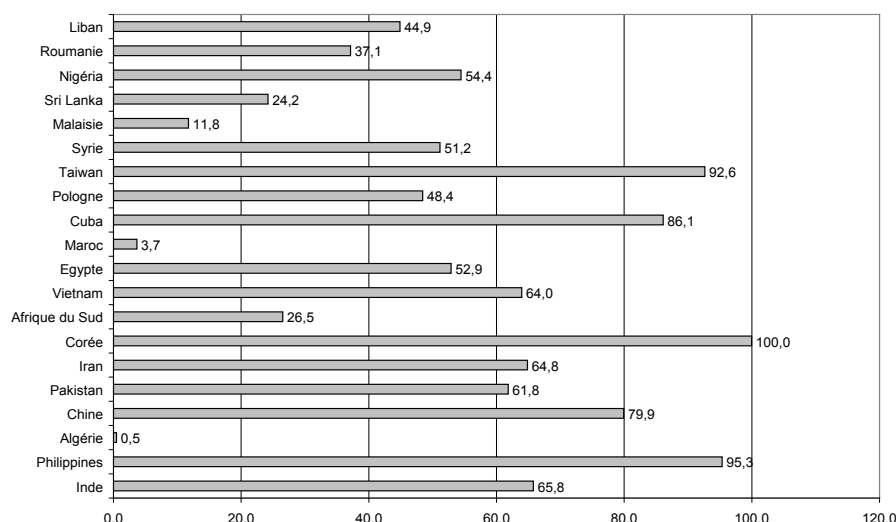
Ce top 10 est complété par des pays qui ont aussi connu une présence française, comme le Liban, le Vietnam, la Syrie et Madagascar. On dénombre également quelques centaines de médecins originaires de pays voisins, comme la Belgique (646) et l'Italie (562), mais cela ne représente guère plus de 2% et 1,7% de l'ensemble des médecins d'origine étrangère. La dernière place de ce classement est occupée par l'Iran.

Le tableau est plus ou moins le même pour ce qui concerne le personnel infirmier, même si l'Allemagne fait son entrée dans le top 5. Il n'y a que cinq nationalités qui sont représentées par plus de 1.000 infirmiers ou infirmières en France : l'Algérie (8.236 personnes), le Maroc (3.807 personnes), l'Allemagne (2.175 personnes), la Belgique (1.316 personnes) et Madagascar (1.134 personnes).

2.4 L'Amérique du Nord : la part du lion

Comme nous l'avons dit au début de ce chapitre, les Etats-Unis occupent, avec 336.183 personnes, plus de la moitié du personnel infirmier actif dans les pays de l'OCDE (614.979 personnes). Pour illustrer la situation américaine et contrairement aux figures précédentes, nous avons examiné, pour les principales nationalités contenues dans le fichier OCDE, quel pourcentage de ces personnes résidait aux Etats-Unis. Pour les ressortissants des deux Corée, ce taux est de 100%. Malgré le grand nombre de Philippins qui trouvent du travail dans d'autres pays, plus de 90% d'entre eux sont actifs aux Etats-Unis.

Figure 39. Pourcentage de médecins employés aux Etats-Unis issus des 20 pays hors OCDE qui sont le plus représentés dans les pays de l'OCDE



Source Dumont J-C and Zurn P. (2007) *Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly Skilled Migration*, in *International Migration Outlook, SOPEMI*, Paris

De même, huit infirmiers et infirmières taiwanais, cubains et chinois sur dix qui travaillent dans les pays de l'OCDE mentionnés dans le rapport sont actifs aux Etats-Unis. Seules les nationalités qui sont fortement représentées en France, comme les Algériens et les Marocains, n'ont qu'une présence marginale aux Etats-Unis, avec respectivement 0,5% et 3,7 %.

2.5 Autres données

Le Livre vert de la Commission sur les travailleurs de la santé en Europe (COM(2008) 725) comporte également des données sur les décisions relatives aux reconnaissances de qualifications qui relèvent de systèmes sectoriels. Ces données, réunies dans une *Database of regulated professions in the EU Member States, EEA countries and Switzerland*, sont disponibles sur le site http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/regprof/index.cfm.

Les chiffres contenus dans cette base de données montrent combien de personnes envisagent d'aller exercer leur métier dans un autre Etat membre. Cependant, le Livre vert précise aussi : "Ces informations montrent des déplacements ou l'intention de pratiquer sa profession dans un autre Etat membre. Elles peuvent uniquement être utilisées à titre supplétif, en l'absence de renseignements plus détaillés, puisqu'aucune autre information ne permet de savoir si le professionnel concerné a effectivement accepté un poste dans un autre Etat membre, est parti dans un pays tiers ou est rentré dans son pays d'origine".

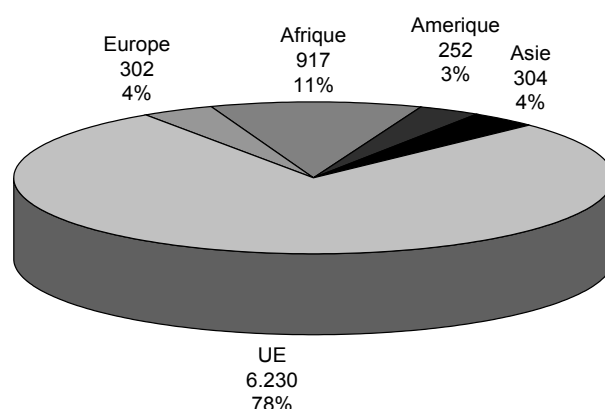
D'autres données sur le nombre de travailleurs de la santé, recueillies par EUROSTAT, sont le résultat du projet ECHI (European Community Health Indicators). On peut les retrouver sur le site internet Public Health. Comme elles sont tributaires des renseignements recueillis par les divers Etats membres, on ne

dispose pas de chiffres pour certains indicateurs en Belgique. Les informations relatives à ce projet se trouvent sur le site http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm. Pour des informations plus générales, avec entre autres le Livre vert et le document qui résulte des consultations à ce sujet, on pourra consulter <http://ec.europa.eu/health>.

2.6 La mobilité internationale du personnel médical : la Belgique comme référence

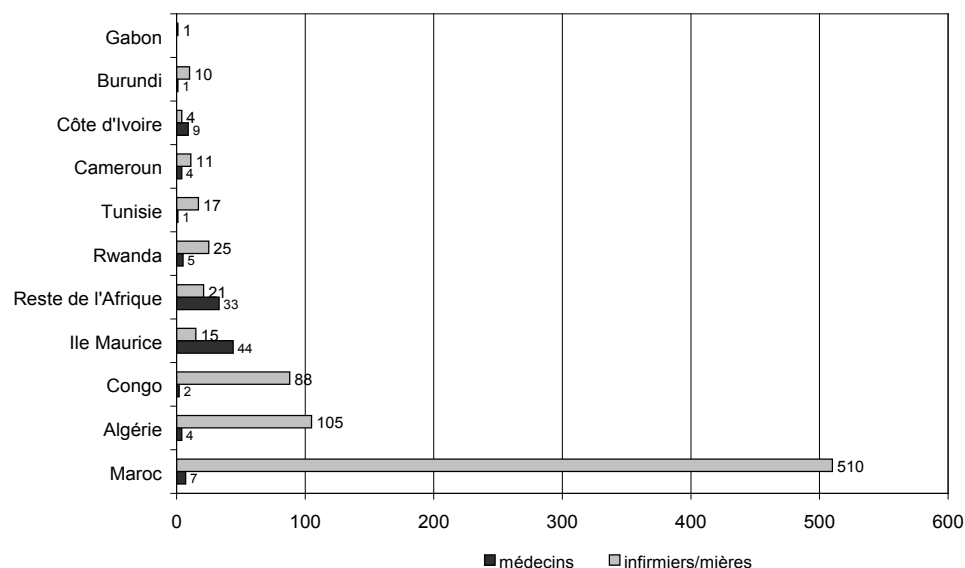
Nous allons brièvement présenter quelques graphiques qui illustrent le nombre de professionnels de la santé d'origine étrangère qui travaillent en Belgique en nous basant sur la même source que dans la section précédente.

Figure 40. Ventilation du personnel médical d'origine étrangère actif en Belgique (médecins et personnel infirmier) selon la région d'origine

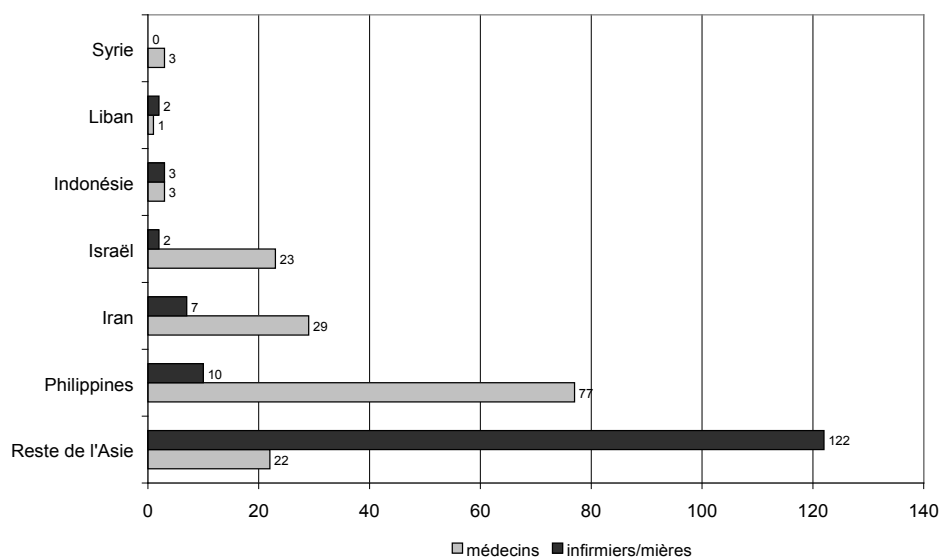


Source Managed Migration and the Labour Market The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – traitement HIVA

Il ressort des chiffres rapportés par l'OCDE que plus des trois quarts du personnel médical d'origine étrangère travaillant en Belgique (aussi bien les infirmiers/infirmières que les médecins) proviennent d'un autre pays de l'UE (UE -15). A peine 4% d'entre eux sont originaires d'un autre pays européen de l'EEE ou de l'un des nouveaux Etats membres. L'Asie et l'Amérique (du Nord et du Sud) représentent des pourcentages comparables. C'est l'Afrique qui constitue la région d'origine de la plupart du personnel médical non-européen. Mais seules deux nationalités africaines comptent plus de 100 infirmiers/infirmières dans notre pays : le Maroc (510) et l'Algérie (105). Les statistiques ne permettent pas de savoir où ces personnes ont suivi leur formation. Autrement dit, on ne peut pas distinguer les personnes d'origine marocaine qui sont titulaires d'un diplôme belge et celles qui ont un diplôme marocain. Les Congolais constituent la troisième nationalité africaine, avec 88 infirmiers/infirmières. Il est frappant de noter la forte présence relative des personnes originaires de l'Ile Maurice : malgré leur poids restreint dans la diaspora, on dénombre 44 médecins et 15 infirmiers/infirmières d'origine mauricienne.

Figure 41. Personnel médical d'origine africaine actif en Belgique (2005), par nationalité

Source Managed Migration and the Labour Market The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – traitement HIVA

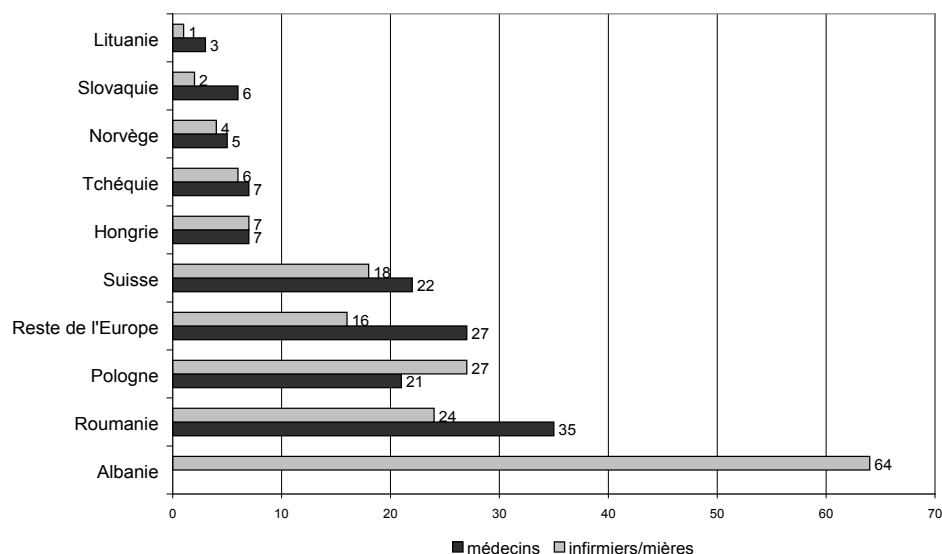
Figure 42. Personnel médical d'origine asiatique actif en Belgique (2005), par nationalité

Source Managed Migration and the Labour Market The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – traitement HIVA

La Belgique ne compte qu'un nombre restreint de médecins originaires d'Asie et ceux-ci se répartissent entre un grand nombre de pays. Les infirmiers et infirmières originaires des Philippines constituent la plus forte concentration nationale, mais ce groupe ne comprend que 77 personnes. A titre de comparaison : selon la même base de données, 1.662 infirmiers et infirmières d'origine philippine travaillent en Irlande, un pays de 4,2 millions d'habitants, et 1.091 en Autriche (8,2 millions d'habitants). Dans les deux cas, ils constituent de loin le plus grand groupe de personnel étranger, après les Britanniques en Irlande et les Allemands en Autriche.

Le personnel médical européen hors UE 15 (autrement dit, originaire d'autres pays de l'EEE, de nouveaux Etats membres ou d'autres parties de l'Europe) est lui aussi assez limité : le fichier de 2005 ne fait état que de quelques dizaines de personnes par nationalité, avec une plus grande proportion de médecins par rapport à d'autres régions du monde. Pour l'Albanie, cependant, on ne dénombre aucun médecin mais 64 infirmières. La Belgique compterait ainsi davantage d'infirmières albanaises sur son territoire que les Etats-Unis, pour lesquels la base de données ne mentionne que 46 personnes.

Figure 43. Personnel médical d'origine européenne (hors UE 15) actif en Belgique (2005), par nationalité



Source Managed Migration and the Labour Market The Health Sector, The Belgian case, European Migration Network – traitement HIVA

CHAPITRE 3 LE CADRE THÉORIQUE DU DÉBAT

3.1. Le qui, le pourquoi et le comment du recrutement international

1. Introduction

Avec la publication de 'Replacement Migration' (2000), les Nations Unies ont relancé le débat au Japon et dans un certain nombre de pays européens. Cette étude établit des projections quant à l'évolution démographique d'une série de pays occidentaux. Selon le rapport, le vieillissement de la population prendra des proportions considérables, avec des conséquences qui se feront sentir au cours des prochaines décennies sur le marché de l'emploi. Aujourd'hui déjà, on peut parler d'une pénurie dans certains segments de ce marché. L'une des possibilités pour atténuer les conséquences de cette évolution et combler les pénuries est d'ouvrir les frontières à une main-d'œuvre extra-européenne.

L'engagement de travailleurs étrangers entraîne un certain nombre de problèmes d'adaptation de part et d'autre (employeur et travailleur). Un autre problème, d'une tout autre nature, est que ces personnes ont souvent suivi une formation dans leur pays d'origine. Lorsque des travailleurs très qualifiés issus de régions moins développées sont attirés dans le monde occidental pour pallier les pénuries du marché de l'emploi, on parle souvent de fuite des cerveaux. Ce phénomène peut être étudié de plus près. Si l'exode des cerveaux a souvent une connotation très négative, d'autres termes circulent également : à côté de *brain drain*, on parle aussi de *brain gain*, *brain circulation*, *brain waste*, ... (Wets, 2001). Il est possible de faire un état des lieux complet de ce phénomène ou de l'examiner pour certains secteurs bien précis, comme le secteur des soins. Des pays tels que les Pays-Bas et le Royaume-Uni recrutent du personnel à l'étranger. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne que cela ne se fait pas sans risque.

Dans certaines régions, la situation sanitaire de la population locale peut décliner parce que des médecins et des infirmières sont attirés dans des pays industrialisés. Dans des pays fortement touchés par le sida, comme le Botswana, des cliniques ferment par manque de personnel médical. Le recrutement de personnel médical formé dans les pays du Sud a donc un coût sociétal. La recherche peut s'intéresser aussi bien au mécanisme économique (des économistes tels que Odet Stark ont modélisé la question pour démontrer qu'il y avait des effets positifs importants) qu'aux effets secondaires sur la société.

Ainsi, un code éthique a été établi au Royaume-Uni. Un tel code est-il également imaginable en Belgique et, si oui, quelle forme pourrait-il prendre ?

2. Tentative d'analyse dans le débat sur la migration internationale du personnel médical

- Le problème

La manière dont se déroule le débat sur l'immigration épouse l'évolution de l'économie. Lorsque la conjoncture est (relativement) bonne, on plaide pour une politique migratoire plus ouverte, mais en période de basse conjoncture, on prône plutôt l'instauration ou le maintien d'un arrêt de l'immigration. En Belgique, nous sommes pour l'instant dans une phase de transition. De plus en plus de voix s'élèvent, en particulier après la publication du rapport 'Replacement Migration' des Nations Unies, pour autoriser à nouveau une immigration contrôlée. Ces voix proviennent d'horizons très différents : elles vont des mouvements d'aide au tiers-monde jusqu'au patronat. Dans le premier cas, on met en avant la libre circulation des personnes et les bénéfices que peuvent en retirer les pays en développement; dans le second, on plaide, dans une optique libérale, pour une réouverture des frontières qui permet de laisser jouer le marché et de faire venir chez nous des travailleurs qualifiés que l'on ne trouve pas actuellement sur notre marché national de l'emploi. La plupart des ressortissants du tiers-monde n'ont qu'un accès très partiel, voire aucun accès du tout, au marché (international) de l'emploi. Lors de la dernière décennie du siècle précédent, cet accès insuffisant au marché de l'emploi a déjà coûté 250 milliards de dollars aux pays en développement, selon l'UNDP (UNDP, 1992; 57 et 66). Les lois qui restreignent l'immigration empêchent des chômeurs ou des personnes sous-employées dans les pays en développement de pénétrer dans des pays industrialisés, où les possibilités d'emploi pourraient entraîner une augmentation significative des transferts d'argent à destination du pays d'origine. Une étude de l'Indira Gandhi Institute of Development Research (Inde) a estimé, au début des années 90, que les freins à l'immigration coûteraient environ 1.000 milliards de dollars à la croissance économique mondiale d'ici l'an 2000 (UNDP, 1992). Sous cet angle, un assouplissement de certaines mesures restrictives semble un élément positif qui pourrait être bénéfique à tout le monde. Mais est-ce bien le cas ? En octobre 2003, les économies des quatre nouvelles grandes puissances (les BRIC, pour Brésil, Russie, Inde et Chine) représentaient ensemble moins de 15% de la richesse du G6 (le groupe des six pays industrialisés les plus riches, à savoir les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, l'Allemagne, la France, l'Italie et le Japon). On estime que cette part dépassera les 50% d'ici 2025. A l'horizon 2050, les économies des pays BRIC pourraient même dépasser celle du G6 alors que seuls les Etats-Unis et le Japon continueront à faire partie des six plus grandes économies mondiales (Wilson D. & Purushothaman R., 2003).

Beaucoup d'autres pays du Sud, surtout sur le continent africain, ont des perspectives beaucoup moins réjouissantes et ont tout intérêt à attirer ou à conserver des travailleurs qualifiés. L'émigration ne doit pas nécessairement être un élément négatif pour ces pays, au contraire, mais à condition que ce ne soit pas n'importe quelle forme d'émigration. Si des personnes qui ont un certain niveau de qualification, en particulier du personnel médical, sont attirées à l'étranger, cela risque de provoquer une fuite des cerveaux, avec toutes les conséquences négatives qui s'ensuivent pour le pays d'origine. Ne recruter dans les pays en développement que des personnes très qualifiées afin de préserver le niveau de prospérité et de protection sociale en Occident n'hypothèque pas seulement le développement de ces pays, surtout s'ils souffrent eux-mêmes d'une pénurie de personnel qualifié, mais se heurte aussi à certaines limites éthiques.

L'argument de la fuite des cerveaux et de ses conséquences négatives pour le développement des pays d'origine est souvent mentionné dans le débat sur la réouverture des frontières à de nouvelles formes de migration. C'est d'ailleurs un problème pour certaines régions. Lors de la *conférence ministérielle régionale d'Afrique de l'Ouest sur la participation des migrants au développement de leur pays d'origine*, qui s'est tenue à Dakar du 9 au 13 octobre 2000 et au cours de laquelle les dirigeants d'Afrique de l'Ouest ont signé la Déclaration de Dakar, il a été dit que le départ de compatriotes très qualifiés constituait un problème. Mais d'autres pays sont confrontés à un chômage important de jeunes universitaires ou possèdent un système d'enseignement qui est suffisamment développé pour pouvoir fournir une main-d'œuvre qualifiée aussi bien à leur propre marché national qu'à certains pays étrangers. Dans ce cas, le recrutement international ne leur est pas préjudiciable et les effets positifs de la présence de migrants à l'étranger l'emportent pour le pays d'origine. L'importance des moyens financiers qui sont rapatriés et le développement d'un réseau (on peut même parler d'un *capital de réseau* qui fait partie du capital social) l'emportent sur les éventuelles pertes de compétences.

Un autre problème, en particulier par rapport à l'émigration de personnel médical, est que les pays d'origine manquent souvent de moyens pour faire fonctionner correctement leur système de santé.

- Les acteurs

Tout ce processus implique plusieurs acteurs : le migrant, la société qu'il quitte, le pays d'accueil, l'employeur et les organisations intermédiaires.

Ce qui est important dans tout le processus migratoire est que la décision d'émigrer soit prise par le migrant qui, en tant qu'individu, pèse tous les arguments pour et contre dont il a connaissance. Ces arguments peuvent être purement économiques ou d'ordre plus immatériel, comme un plus grand nombre d'opportunités ou de possibilités d'épanouissement, une plus grande sécurité ou davantage de liberté. C'est en fonction de cette évaluation qu'est prise la décision "rationnelle" d'émigrer. Il est important d'avoir toujours cela bien en tête, aussi bien dans la perception du processus migratoire que dans l'élaboration des mesures d'accompagnement au niveau économique et politique : le migrant prend une décision individuelle et possède des droits personnels inaliénables.

Bien entendu, ce migrant ne vit pas dans un vide social. Même certaines caractéristiques individuelles, comme son niveau de formation, sont la résultante de sa position dans la société et de la contribution que celle-ci lui apporte. L'individu n'a donc pas seulement certains droits, mais aussi des obligations vis-à-vis de la société qui a investi en lui, par exemple en finançant une partie du coût de sa formation. Les bénéfices pour le pays d'origine peuvent prendre des formes diverses : transferts d'argent économisé et/ou de biens, développement du réseau social, effet formateur d'un séjour à l'étranger lorsque la personne revient dans le pays d'origine, etc.

Les autres acteurs concernés sont le pays d'accueil – qui décide qui peut pénétrer sur son territoire et à quelles conditions – et l'employeur. Ce dernier est demandeur dans ce processus. Si on examine des évolutions récentes dans les pays voisins, on peut constater que les ouvertures qui ont été créées sont la résultante du travail de lobbying des employeurs. Dans le contexte belge aussi, c'est la voix des employeurs qui résonne avec le plus de force dans la discussion sur de nouvelles formes contrôlées d'immigration de main-d'œuvre, avec des variations de volume qui épousent l'évolution du contexte économique. Comme le recrutement de main-d'œuvre à l'étranger exige un certain degré de

spécialisation, on voit aussi apparaître d'autres acteurs, en l'occurrence des bureaux de recrutement spécialisés. Ce sont eux qui tentent de jeter un pont entre la demande des employeurs, d'une part, et l'offre de main-d'œuvre, d'autre part, compte tenu des dispositions légales en vigueur dans les deux pays concernés.

Les pouvoirs publics sont aussi un acteur. Ainsi, les autorités belges ont décidé de ne plus autoriser la libre venue de travailleurs immigrés et fixent les critères en vertu desquels certaines personnes peuvent venir travailler sur le territoire national. Les pouvoirs publics exercent encore d'autres prérogatives : ils peuvent par exemple décider qu'il ne suffit pas d'être titulaire de certains diplômes – entre autres de médecine – pour pouvoir travailler dans le pays et ils définissent les procédures et les critères qui permettent la reconnaissance de diplômes comme ceux d'infirmier ou de médecin.

- L'environnement

Les flux migratoires internationaux à grande échelle reviennent dans une large mesure à exporter les problèmes des pays en développement : la pauvreté, la violence, le déclin écologique et l'explosion démographique sont des facteurs qui assombrissent l'avenir de ces pays et qui sont à l'origine d'un grand nombre de flux migratoires auxquels l'Occident est confronté.

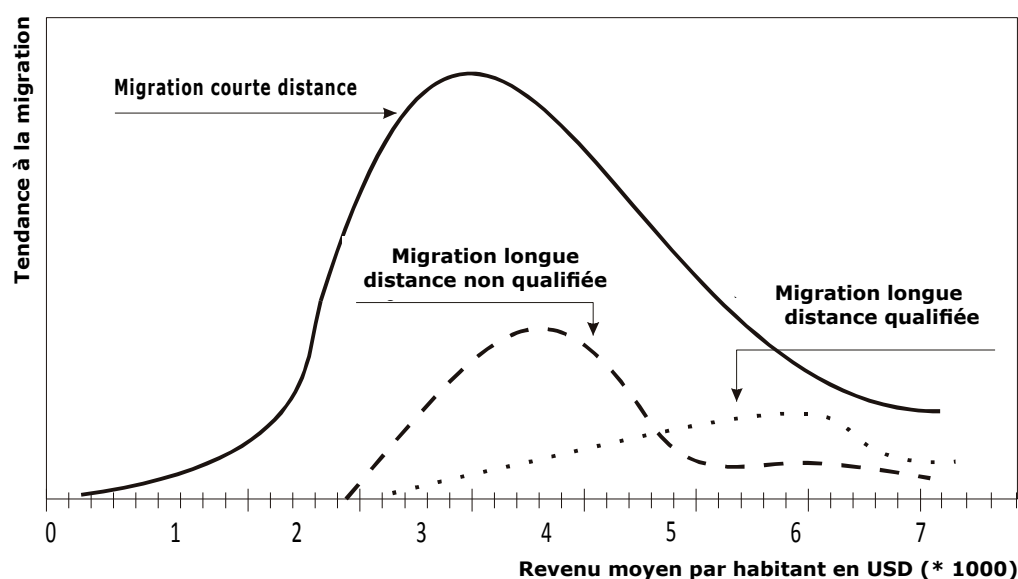
Les pays de destination, comme la Belgique, subissent depuis un certain temps déjà les effets du vieillissement de leur population. Cela fait déjà pas mal d'années que les premières études à ce sujet ont été publiées, comme celle de l'OCDE qui affirmait, dès 1991, que la Belgique aurait besoin chaque année de plusieurs dizaines de milliers de migrants pour maintenir son niveau de population. Dans des périodes de faible conjoncture et de chômage élevé, ce genre d'études ne suscite guère d'intérêt, mais cela change dès qu'une relance économique se dessine, avec pour conséquence une pénurie de main-d'œuvre et un grand nombre d'offres d'emploi non satisfaites. L'immigration de personnel médical constitue peut-être une exception dans la mesure où cette demande de main-d'œuvre n'est pas provoquée par les fluctuations de la croissance économique, mais par le vieillissement de la population, qui est un phénomène de fond.

- Le processus

Le processus migratoire s'inscrit dans une société mondialisée et une économie globale où le jeu de l'offre et la demande, y compris en ce qui concerne la main-d'œuvre, peut se dérouler sur de grandes distances. Dans un certain nombre de sociétés, il y a des gens qui sont prêts à partir à l'étranger pour concrétiser leur projet de vie. Ce choix est généralement motivé par une situation qui ne leur apparaît pas assez satisfaisante, de manière absolue ou relative. Le lien entre la migration et le niveau de développement semble parfois contradictoire. Lorsque des pays atteignent un certain seuil de développement économique, la migration a plutôt tendance à augmenter qu'à diminuer. Dans un pays donné, on constate ainsi que la migration augmente à mesure que le PNB par habitant s'accroît, mais qu'elle diminue ensuite au bout d'un certain temps. L'analyse des flux migratoires dans les pays du sud de l'Europe entre 1960 et 1980 a permis d'évaluer ce 'point de basculement' à un PNB moyen par habitant de 3.615 USD, qui va de 3.400 USD pour la Turquie à 4.100 USD pour la Grèce (1985) (Faini, R. & Venturini A.). On constate aussi que ce retournement de tendance dépend du *niveau de formation* des migrants potentiels ainsi que du coût et de la distance de la migration, comme l'illustre le graphique de la figure 44 : à niveau de revenus égal, le volume de migration sur de longues distances est nettement plus petit. Pour les professions qualifiées – qui incluent certainement les médecins ainsi que le

personnel infirmier qualifié – le point où la courbe commence à redescendre se situe sensiblement plus loin que pour les travailleurs moins qualifiés. Ce modèle est statique et ne comporte que deux variables, mais il donne malgré tout une bonne image du processus migratoire et de l'impact exercé par l'écart (opérationnalisé par le PNB par habitant) entre les possibilités offertes par le pays d'origine et le pays d'accueil.

Figure 44. La courbe migratoire



Source Fisher P. & Straubhaar Th. (1996)

L'émigration et les rapatriements d'argent qui en résultent constituent une donnée importante dans l'économie des pays en développement. Ces transferts d'argent envoyés par les travailleurs émigrés élèvent le pouvoir d'achat de la population qui est restée au pays. Même s'il s'agit généralement de montants modestes, quelques milliers d'euros ou quelques centaines de dollars, leur effet cumulatif est particulièrement important. Le volume de ces transferts augmente chaque année et dépasse déjà largement le montant de l'aide officielle au développement. Ce phénomène a pris une telle ampleur qu'aussi bien la communauté internationale (dans le chef surtout de la Banque mondiale) que les pays d'origine et de destination ont commencé à s'intéresser de plus près à ces transferts et à étudier les possibilités qu'ils permettent.

Pour bon nombre de pays du Sud, les transferts constituent un facteur critique dont dépend la survie de leurs économies. L'émigration est donc pratiquement devenue une nécessité. Dans certains pays exportateurs de main-d'œuvre, comme l'ex-Yougoslavie, la Grèce, la Turquie, l'Italie, le Portugal, le Maroc, le Pakistan, l'Inde et l'Égypte, les transferts représentent plus du tiers des revenus de leurs exportations. Cette importance apparaît encore plus clairement pour des pays tels que les Îles du Cap-Vert et un certain nombre d'archipels du Pacifique et des Caraïbes, où l'argent rapatrié par les travailleurs émigrés équivaut à plus d'un quart du produit national. Mais un élément important est de savoir qui envoie cet argent au pays. S'il s'agit de personnes qui étaient en dehors du circuit économique et qui ont pu trouver un revenu dans le monde industrialisé, il y a de fortes chances pour

que le bilan puisse être considéré comme positif. Mais si ceux qui partent sont les rares médecins ou infirmières que compte le pays, le tableau est tout à fait différent.

La question de savoir quel est l'impact économique réel de ces transferts d'argent fait l'objet d'âpres discussions et l'importance que revêtent ces flux – aussi important que puisse être leur volume nominal – pour l'économie des pays concernés reste très controversée. On peut dire à tout le moins que cet impact est ambigu. Il y a aussi beaucoup d'aspects négatifs, comme le renforcement de la dépendance de ces pays, les incertitudes quant à la continuité de ces flux financiers ou la manière dont ils perturbent le développement en accroissant les différences de revenus. Les transferts peuvent même éventuellement entraîner une inflation, au détriment de la population locale qui ne possède pas de la famille à l'étranger. Un accroissement des possibilités de consommation n'implique pas automatiquement une plus grande accumulation de capital.

3. Les objectifs

De toute évidence, le processus migratoire implique des coûts et des bénéfices pour tous les acteurs concernés. Pour pouvoir mener un débat de fond à ce sujet, il faut dès lors examiner les objectifs de chacun. Pour le migrant, le but est manifestement d'améliorer sa situation personnelle et/ou celle de son entourage proche. Il s'agit souvent de considérations compréhensibles d'un point de vue humain, comme pour ce médecin du Botswana qui désire saisir les opportunités existantes en Grande-Bretagne parce qu'il ne veut pas que ses enfants grandissent dans un pays où le taux d'infection du sida est supérieur à 30%.

Pour les pays d'origine, l'objectif est clair aussi. Pour certains, l'avantage est que l'émigration se traduira par une diminution du chômage (y compris, parfois, du chômage universitaire), une réduction des tensions sociales et une source importante de revenus. Mais cette logique ne s'applique pas aux personnes les plus qualifiées et certainement pas au personnel médical, qui est en nombre insuffisant dans pratiquement tous les pays du Sud. Même pour des pays comme les Philippines, qui ont fait de l'émigration de travailleurs qualifiés – comme des infirmiers et des infirmières – un choix politique, il n'est pas évident de poursuivre dans cette voie sans compromettre le fonctionnement de leur propre système de santé. Il est clair pour beaucoup de pays que l'émigration des travailleurs qualifiés constitue une perte importante qui compromet leur développement.

Les objectifs dans le contexte belge sont purement internes et liés au marché de l'emploi. On parle de pénurie dans un secteur comme celui des soins de santé et on cherche une réponse sur le marché mondial de l'emploi, où il y a un nombre énorme de personnes très mobiles qui ont une formation médicale.

En résumé, les acteurs qui déterminent ou contribuent à déterminer la politique poursuivent des objectifs différents. Du côté des employeurs, l'objectif est de recruter la main-d'œuvre nécessaire le plus efficacement (et donc aussi le moins cher) possible. Aujourd'hui, le marché de l'emploi est segmenté. Même s'il y a encore une grande réserve de demandeurs d'emploi sur ce marché, cela n'implique pas automatiquement qu'ils possèdent les qualifications exigées. Dans cette optique, il est logique de rechercher à l'étranger du personnel suffisamment formé si on ne le trouve pas sur le marché national de l'emploi.

Du côté des travailleurs, la préoccupation centrale concerne le maintien de l'emploi, du niveau des salaires et des avantages sociaux. Si le recrutement de travailleurs étrangers empêche l'insertion de demandeurs d'emploi, si on n'investit pas dans la formation de ces chômeurs ou si l'arrivée de travailleurs étrangers moins chers se traduit par une pression sur les salaires, cela va à l'encontre des intérêts des travailleurs. Ceux-ci vont dès lors chercher à défendre ces intérêts. Or, cette défense des intérêts des travailleurs ne se fait pas à l'échelon international, mais purement national (voire régional).

Quant aux pouvoirs publics, ils ont de multiples préoccupations. D'une part, ils veulent abaisser autant que possible le niveau du chômage, mais d'autre part ils cherchent aussi à favoriser le développement économique, et donc aussi celui de l'emploi. Par ailleurs, les pouvoirs publics veulent limiter l'immigration illégale, ils ont des responsabilités vis-à-vis de l'avenir et ils mènent également une politique d'aide au développement. Le thème de l'immigration figure donc à l'ordre du jour de plusieurs agendas politiques. Les objectifs poursuivis peuvent être différents et dépendent généralement des différentes compétences ainsi que de la perspective dans laquelle ils sont formulés.

4. Conclusion

Ce chapitre avait pour but d'esquisser à quel point le phénomène est complexe et de montrer qu'il concerne plusieurs acteurs et niveaux d'analyse : il y a des individus qui veulent émigrer à l'étranger, il y a des demandes de main-d'œuvre étrangère, surtout pour des personnes qui peuvent travailler dans le secteur des soins et de l'aide sociale, et il y a des établissements, des entreprises et des organisations qui veulent recruter des travailleurs étrangers qualifiés. Au niveau macro-économique, il y a d'une part des pays – souvent pauvres – qui ont investi dans l'enseignement de leur population et d'autre part des pays – généralement riches – qui font face au vieillissement démographique et à des pénuries de main-d'œuvre dans certains secteurs. Mais il faut aussi tenir compte de concepts tels que la liberté individuelle et la liberté de choix, à côté d'autres concepts comme la responsabilité sociétale et l'éthique. Tout cela s'inscrit dans un marché de l'emploi mondialisé mais segmenté, où une offre peut rencontrer une demande. Un autre élément important à prendre en compte dans l'analyse est l'inégalité du rapport de force entre les pays du Sud et les pays industrialisés demandeurs de main-d'œuvre.

3.2 Pourquoi il y a des résistances : le lien entre migration et développement

Beaucoup d'encre a déjà coulé ces dernières années à propos du lien entre la migration et le développement. La corrélation entre ces deux facteurs suscite d'ailleurs un intérêt croissant de la part des scientifiques et des décideurs politiques.

Un argument souvent invoqué dans ce débat est que la migration diminuera le jour où les pays d'origine auront atteint un niveau de développement plus élevé. C'est ce que Körner (1987, p. 81) formule en ces termes: "*The best migration policy is development policy.*" Ce raisonnement repose sur l'idée que personne ne quitte son pays s'il s'y sent bien. C'est aussi cette idée qui est à la base du regain d'intérêt pour ce thème de la part des autorités de certains pays d'accueil. On peut donc se demander si le développement exerce une influence sur la migration et, si oui, de quelle manière ? La question peut également être inversée : la migration exerce-t-elle une influence sur le développement d'un pays et, si oui, de quelle manière ? Le fait que des gens

émigrent apporte-t-il une contribution au développement du pays d'accueil ? Et quel est, à cet égard, le rôle du pays d'origine ?

1. L'impact du développement sur la migration

Pour ce qui est de l'impact du développement sur la migration, il faut faire une distinction entre les effets à court et à long terme.

A long terme, c'est-à-dire sur plusieurs générations, le développement économique a pour effet de réduire la pression migratoire. Une croissance économique substantielle et durable s'accompagne entre autres de créations d'emplois et un niveau accru de prospérité ne peut que favoriser les initiatives publiques en matière de santé, d'enseignement et d'infrastructures. Avec pour conséquence que le fossé entre les pauvres et les riches tend à se résorber, aussi bien à l'intérieur du pays qu'entre le Nord et le Sud. Ceci devrait donc entraîner une diminution de l'émigration.

Mais à court terme, un développement accru provoque davantage d'émigration. Il y a principalement deux grandes raisons à cela. D'une part, le développement économique élève le revenu moyen. Des personnes qui avaient le projet d'émigrer mais qui n'avaient pas les moyens pour le faire disposent dès lors de davantage de ressources pour mener à bien leur projet. D'autre part, un développement économique provoque un exode rural, ce qui stimule aussi la migration. On a déjà pu démontrer dans plusieurs pays que le développement des régions rurales et la modernisation des techniques agricoles augmentent la productivité. Mais le revers de cette évolution est que cela a aussi pour effet d'éroder les réseaux sociaux dans la mesure où des machines agricoles effectuent le travail qui, auparavant, était fait par des hommes. Comme ceux-ci ne trouvent plus d'emploi dans le secteur agricole, ils émigrent massivement en direction des villes à la recherche de travail. Une expansion rapide des villes peut entraîner une saturation du marché local de l'emploi. Combinée à un plus grand accès à l'information et à une baisse des prix des transports internationaux, cette situation ouvre la porte à l'émigration.

Lorsque des pays atteignent, dans un délai relativement court, un niveau minimal de développement social et économique, la migration a donc tendance à augmenter. Massey (1998, p. 277) explique cela de la manière suivante : *"La migration internationale ne provient pas de lieux pauvres et isolés qui sont déconnectés des marchés mondiaux, mais de régions et de pays qui subissent des mutations et des développements rapides à la suite de leur intégration dans des réseaux mondiaux d'échanges commerciaux, d'information et de production. A court terme, la migration n'est pas le produit d'une absence de développement, mais du développement lui-même."* Le nombre de migrants augmente à mesure que s'accroît le Produit national brut (PNB) par tête d'habitant, avant de diminuer au bout d'un certain temps. En d'autres termes, le développement va de pair avec une diminution de l'émigration, mais seulement après qu'un certain niveau de développement ou de revenu a été atteint. Dans un premier temps, la propension à émigrer continuera donc à croître parallèlement avec la courbe de l'augmentation des revenus, et ce jusqu'à un certain point où le phénomène s'inverse : à partir de là, la poursuite du développement se traduit par une diminution de l'émigration. Le schéma qui représente cette évolution prend donc la forme d'un U inversé, qu'on appelle aussi la 'bosse migratoire' (*migration hump* - voir figure 44). Il peut cependant y avoir certaines variations en fonction du niveau de formation et de la distance à franchir.

Les chercheurs ne sont pas unanimes pour savoir comment déterminer le sommet de ce U inversé. Faini et Venturini (1994) estiment qu'il correspond à un PNB moyen de US \$ 3.615 par habitant : c'est au moment où le PNB dépasse ce seuil que l'émigration diminue dans un pays. Olesen (2002, p. 14) considère que les pays dont le PNB moyen par habitant se situe entre US \$ 1.500 et US \$ 8.000 sont des 'pays à moyens revenus', et donc des terres d'émigration. En effet, ce ne sont pas les pays les plus pauvres, ni non plus les plus riches, qui sont à l'origine des flux migratoires à grande échelle : dans le premier cas, les habitants sont trop pauvres pour émigrer et, dans le second, ils sont suffisamment riches pour ne plus considérer l'émigration comme une solution inévitable. Ce sont surtout les pays à revenu intermédiaire, dont le PNB se situe au milieu de ces deux extrêmes, qui voient partir un grand nombre de leurs ressortissants (Fischer e.a., 1997; Wood, 1994).

La courbe des migrations est la représentation graphique de ce *paradoxe migratoire* : plus on travaille à créer les conditions de base pour qu'à long terme il y ait moins de migration, plus on favorise les migrations à court terme.

2. L'impact de la migration sur le développement

La question de savoir si la migration (et/ou les migrants) exerce une influence sur le développement ne trouve pas de réponse univoque dans les travaux des chercheurs. On peut distinguer trois grands courants de pensée par rapport à cette problématique. Il y a d'abord une vision pessimiste, qui affirme que la migration ne favorise pas le développement. Elle s'oppose à une vision optimiste, fondée sur la conviction inverse. A mi-chemin entre les deux, on peut trouver une version plus nuancée, qui s'inspire des thèses optimistes, mais en les assortissant d'un certain nombre de réflexions critiques.

- La migration freine le développement du pays d'origine : la vision pessimiste

La vision pessimiste affirme que la migration freine le développement du pays d'origine.

La première conséquence négative qu'elle entraîne est qu'elle prive ce pays des compétences et des capacités de ceux qui s'en vont : c'est ce qu'on appelle couramment la fuite des cerveaux. Les partisans de cette vision pessimiste sont convaincus que le départ de travailleurs qualifiés hypothèque le développement des pays du tiers-monde. C'est certainement le cas lorsque ceux-ci souffrent d'un déficit de personnel qualifié. Pour certaines régions (Afrique subsaharienne, Amérique centrale, Caraïbes, Îles du Pacifique), cela devient même carrément problématique parce que cela provoque un manque de main-d'œuvre qualifiée dans le pays d'origine, ce qui peut influencer le développement économique et même, plus largement, le développement social du pays. Une étude de John Connell (2001) pour le compte de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) s'est penchée sur l'émigration du personnel médical des îles de l'océan Pacifique (Fidji, Palau, Samoa, Tonga et Vanuatu). Elle évoque un déclin de l'état de santé général de la population à la suite du départ de ce personnel qualifié.

Dans cette optique, la fuite des cerveaux n'entraîne pas seulement une pénurie de personnel qualifié, mais elle est aussi la cause d'une inégalité croissante. Sous l'effet de l'émigration, l'offre de main-d'œuvre qualifiée diminue alors que la demande reste la même. Or, on sait que plus une chose est rare, plus elle est chère. Ainsi, l'émigration des travailleurs qualifiés provoque une hausse des salaires pour les personnes qualifiées qui restent dans le pays d'origine. Le fossé entre travailleurs qualifiés et non qualifiés ne fait donc que se creuser.

On pourrait rétorquer à cela que les pays d'origine recueillent les fruits de la fuite des cerveaux au moment du retour des émigrés. En effet, ceux-ci ramènent avec eux des compétences et des connaissances qu'ils ont acquises dans le pays d'accueil. Mais les adeptes de la vision pessimiste ne sont pas convaincus par cet argument. Selon eux, la grande majorité des migrants n'ont pas pu acquérir de nouvelles compétences dans le pays d'accueil étant donné qu'ils y exercent souvent des emplois qui ne sont pas à la hauteur de leurs qualifications. Bon nombre de migrantes philippines diplômées de l'enseignement supérieur travaillent ainsi comme femmes d'ouvrage en Occident (Hermele, 1997, p. 135-136). En ce sens, le retour au pays est le signe d'un échec : un migrant ne revient dans son pays d'origine que s'il n'a pas réussi à faire carrière dans le pays d'accueil. De plus, celui qui réussit son projet de migration aura tendance à réduire peu à peu les transferts d'argent vers ses compatriotes restés au pays.

Ces transferts financiers ne contribuent pas non plus au développement du pays d'origine, disent les pessimistes. De nombreux migrants envoient chaque mois un certain montant à leur famille ou achètent des biens pour elle. Dans la vision pessimiste, cet argent est surtout consacré à des objectifs non productifs ou à une consommation de gaspillage, quand il n'est pas tout simplement économisé pour les vieux jours. De plus, les flux financiers venant du monde industrialisé ont tendance à inciter les gens à cesser leur propre activité économique, souvent pénible. Ils sont aussi un facteur d'inflation dans le pays d'origine. En Bosnie, les propriétaires fonciers ont fait augmenter de manière spectaculaire les loyers des terres. Les habitants qui reçoivent régulièrement de l'argent de parents émigrés à l'Ouest ont pu payer ces prix plus chers, mais d'autres n'ont pas pu le faire. Ce phénomène est aussi connu sous le nom de *syndrome des migrants*.

- La migration stimule le développement : la parole aux optimistes

La migration stimule le développement. C'est ce que pensent les adeptes de la vision positive. Ils soulignent le fait que les migrants apportent une contribution à la dynamique du développement, aussi bien dans le pays d'accueil que dans leur pays d'origine.

Du côté du pays d'accueil, l'accent est surtout mis sur l'apport économique des migrants : ils travaillent, accomplissant souvent des tâches que la population locale ne désire plus effectuer, et ils dépensent une grande partie de leur salaire dans le pays d'accueil.

Pour ce qui est du pays d'origine, les optimistes démontent un à un les arguments de la vision négative. Les pays d'origine subissent effectivement une perte de main-d'œuvre, ce qui peut être problématique pour ceux qui manquent de personnel qualifié. En revanche, ceux qui ont un excédent de travailleurs qualifiés ne retirent que des avantages de l'exode de ceux-ci : il ne s'agit pas alors de '*brain drain*', mais bien de '*brain gain*'. L'Amérique du Sud et les pays du Sud de l'Asie en sont des exemples éloquentes. Sans l'émigration, ces régions du monde seraient confrontées à un taux de chômage élevé parmi leur main-d'œuvre qualifiée. Pour ces pays, la thèse selon laquelle l'émigration est préjudiciable au pays d'origine ne se vérifie donc pas. Mais même les pays qui souffrent plutôt d'un déficit de personnel qualifié peuvent tirer parti du départ à l'étranger de certains de leurs travailleurs les mieux formés, car ceux-ci peuvent jouer un rôle d'exemple et inciter des jeunes à faire des études en vue de réaliser un parcours semblable. Comme il y a plus de jeunes qui entament des études que de personnes qui émigrent, le bilan est positif : le nombre de travailleurs qualifiés dans le pays est plus grand que s'il n'y avait pas d'émigration. C'est, en gros, le point de vue d'un chercheur comme Oded Stark (Stark & Wang, 2001).

Les optimistes balayent également le raisonnement selon lequel, lors de leur retour au pays, les migrants n'apporteraient pas de nouvelles compétences. Le développement du secteur indien des nouvelles technologies dans la région de Bangalore, par exemple, est dû dans une large mesure à l'apport de migrants qui sont revenus en Inde après avoir acquis de l'expérience dans les entreprises technologiques américaines de la *Silicon Valley*. Un tiers des migrants pakistanais, thaïlandais et philippins qui reviennent dans leur pays d'origine ont acquis des compétences à l'étranger. Ils ont aussi été en contact avec des conceptions et des idées différentes, par exemple en matière des droits de l'homme, et ils peuvent contribuer à les diffuser lorsqu'ils reviennent, de manière permanente ou non, dans leur pays natal.

Dans cette vision, l'impact des transferts financiers est tout autre : loin d'être un facteur d'inflation et de gaspillage, ils assurent dans de nombreux cas un revenu décent à la famille qui est restée au pays. L'idée selon laquelle celle-ci investirait uniquement cet argent dans sa propre maison et l'amélioration de ses conditions de vie est dépassée. On s'est récemment aperçu que ceux qui reçoivent de l'argent de l'étranger le consacrent davantage à créer des activités, entre autres des hôtels et des restaurants. On assiste donc à une évolution vers une culture entrepreneuriale. Ces ressources profitent ainsi à la région et à l'économie locale, notamment par la création d'emplois. Pour le Bangladesh par exemple, on estime que les transferts d'argent provenant de 200.000 Bengalis établis à l'étranger permettent de créer environ 570.000 emplois. Et encore, cette estimation ne tient compte que des transferts financiers officiels. Or, les transferts officiels et informels, qui ont lieu entre autres lorsque le migrant revient passer ses vacances dans son pays natal, sont deux à dix fois plus importants (Hermele, 1997: 138-139).

Les transferts d'argent des travailleurs émigrés élèvent donc le pouvoir d'achat de la population restée au pays. Pour les optimistes, leurs effets sont clairement bénéfiques en termes de bien-être. Ils se traduisent par une stimulation indirecte de certains secteurs de production (au travers du développement du petit commerce), par un effet multiplicateur général dû aux dépenses des bénéficiaires dans l'économie locale, par un impact direct sur des investissements dans des secteurs de production (une partie de la consommation est consacrée à la formation des enfants, à la construction d'une maison – ce qui stimule le secteur du bâtiment), par des effets macro-économiques (la place et le poids des transferts dans la balance des paiements) et par des effets de redistribution, tout en n'entraînant malgré tout qu'une dépendance limitée.

En dépit du rôle important que jouent ces transferts comme source de devises étrangères pour les pays d'origine, ceux-ci n'ont généralement développé aucune politique effective d'investissement de ces ressources (Müller, 1998). Les dépenses personnelles non productives restent dominantes par rapport aux investissements productifs. Bien que cet impact ne puisse pas toujours être clairement établi, des expériences à l'étranger démontrent entre autres qu'un apport de la communauté immigrée peut aussi fournir une contribution positive au développement local dans les régions d'origine. Une utilisation plus structurelle de ces ressources, afin de favoriser les investissements plutôt qu'un accroissement de la consommation, et une image plus précise des possibilités dans le pays d'accueil peuvent contribuer à un développement plus durable de la région d'origine.

- Entre le bien et le mal : la voie médiane

La vision nuancée met en avant la perspective temporelle : la question de savoir si la migration, et principalement les transferts financiers, sont ou non un facteur de développement est avant tout une question de temps. A court terme, tant que le migrant réside à l'étranger, ces transferts auront tendance à être affectés à des dépenses non productives, comme l'achat d'une terre ou d'une maison, ce qui ne contribue pas directement au développement. Mais plus tard, une fois que le migrant est revenu dans sa région d'origine, il investira davantage cet argent dans des activités de production, avec des répercussions positives pour le développement du pays.

Une analyse plus approfondie des effets des transferts financiers fait donc apparaître une image plus nuancée. Outre l'échelle de temps, le contexte régional joue également un rôle. Dans certaines régions et/ou certaines communautés, les transferts auront un impact positif et contribueront à stimuler le développement de la région alors que dans d'autres cas ils peuvent entraîner une dualisation de la société et creuser encore plus le fossé entre les classes sociales.

3. La question centrale : qu'entend-on par développement ?

Cela soulève aussi la question de savoir ce qu'il faut exactement entendre par 'développement'. Ce mot est devenu une sorte de terme passe-partout dans le débat sur les migrations. La logique qui le sous-tend est assez simple (voir ci-dessus) : si le sous-développement pousse des gens à quitter leur pays d'origine, l'amélioration des conditions de vie ne peut que réduire les flux migratoires internationaux. On peut toutefois se demander si ce raisonnement n'est pas un peu simpliste. Le lien précis entre la migration et le développement, les rapports entre la politique et la pratique et la définition de ce qui peut être qualifié d'investissement productif ou de consommation, tout cela continue à faire l'objet de vives discussions. On n'a pas encore non plus une idée claire sur la manière dont la migration est influencée par le développement et dont les migrants exercent eux-mêmes un impact sur celui-ci. Tout au long de l'histoire, la migration a été liée au développement, que ce soit comme résultat de certains déséquilibres ou comme un moteur du développement. Les liens réciproques entre la migration et le développement évoluent au fil du temps et constituent depuis des dizaines d'années un sujet de débat.

Pour pouvoir en débattre, il faut d'abord clarifier le sens à donner à la notion de développement. Ce qui est frappant dans toute cette discussion, c'est que beaucoup d'auteurs utilisent le développement comme un concept implicite, en supposant une évolution linéaire d'un statut faible à un statut plus élevé et donc forcément meilleur. C'est plus ou moins le concept de développement que Walt W. Rostow a décrit il y a près d'un demi-siècle dans *"The stages of growth"* (1964). Pourtant, une définition claire de ce qu'il faut entendre par 'développement' est indispensable pour bien comprendre la relation qui nous intéresse ici. Les théories du développement ont beaucoup évolué depuis Rostow. Il n'est pas facile d'opérationnaliser ce concept, mais il est clair qu'il dépasse la dimension purement économique : le développement dépend aussi de toute une série d'autres facteurs. Par rapport à l'immigration, il est important de mettre les facteurs économiques en balance avec d'autres éléments non économiques, et parfois difficilement mesurables, comme la culture démocratique d'un pays, les libertés politiques, la qualité de vie, la sécurité, l'environnement, les possibilités d'avenir, etc. (Hammar et. al., 1997).

Cette image apparaît plus clairement dans des pays qui dépendent dans une large mesure des revenus rapatriés par les migrants. Ainsi, on peut dire que les transferts d'argent des migrants évitent à plus d'un

million de Marocains de vivre sous le seuil absolu de pauvreté (Human Rights Watch, 2002). Ces estimations peuvent s'appuyer sur le modèle mis au point par Adams & Page (2003), qui ont exploré une base de données relative à 74 pays. Ces auteurs concluent leur analyse en disant qu'une augmentation moyenne de 10% du nombre de migrants dans la population d'un pays réduit la pauvreté (le nombre de personnes qui vivent avec moins de 1\$ par jour) de 1,6%. De manière comparable, une hausse de 10% de leur part dans le PNB d'un pays entraîne une réduction de la pauvreté de 1,2% (Adams and Page, 2003).

On pourrait encore rétorquer en se demandant s'il s'agit d'un investissement productif ou d'une simple consommation privée. Mais si la consommation implique un investissement dans une meilleure alimentation, dans des possibilités de formation pour les enfants, dans un logement meilleur et plus sain ou encore dans un meilleur accès aux soins de santé, elle peut à tout le moins être considérée comme un investissement dans les générations futures et donc comme un investissement indirect dans une société plus productive.

Même si les avantages sont clairs, il est important de connaître aussi les coûts. Les flux migratoires internationaux connaissent une évolution importante dans la mesure où ils tendent à se féminiser : environ la moitié des migrants sont aujourd'hui des femmes, et il ne s'agit pas toujours d'épouses qui suivent leur conjoint. Des pays comme les Philippines envoient un grand nombre de migrantes à l'étranger. Si le pays d'origine peut tirer parti de la situation via les transferts d'argent, sur le plan social les bénéfices sont moins clairs. Les enfants sont éduqués en l'absence de leur mère alors que celle-ci est souvent exploitée, et parfois victime d'abus, à l'étranger. En outre, lorsque des femmes sont victimes de violences sexuelles, elles perdent souvent leur statut social au moment de leur retour au pays. Autrement dit, les bénéfices économiques ont souvent un coût social très élevé. On est dès lors en droit de se demander si ceci peut être considéré comme un développement 'durable'.

CHAPITRE 4 EN GUISE DE PROLONGEMENT : QUELQUES INITIATIVES INTERNATIONALES POUR METTRE AU POINT UN CODE ÉTHIQUE

4.1 L'Union européenne

En 2008, la Commission européenne a publié un Livre vert (COM(2008) 725 définitif) qui dresse un tableau de la situation des travailleurs de la santé en Europe. Il part du principe que les décideurs et les instances responsables doivent adapter leurs régimes de soins de santé au vieillissement de la population. D'autres défis, comme l'avènement de nouvelles technologies – qui permettent d'accroître la portée et la qualité du diagnostic, mais qui augmentent aussi les besoins de personnel qualifié – et la lutte contre les maladies transmissibles entraîneront une augmentation des dépenses de santé, si bien qu'un certain nombre de pays auront du mal à maintenir leur système de santé au niveau actuel. L'impact de l'UE dans le domaine de la santé est limité par l'article 152 du traité de l'UE, mais ce même article encourage aussi la coopération entre les Etats membres⁴. Le Livre vert affirme explicitement que l'intervention de la Communauté dans cette matière doit être considérée comme purement supplétive. Il passe brièvement en revue les facteurs qui influencent le potentiel de main-d'œuvre dans les soins de santé dans les Etats membres ainsi que les principaux défis qui y sont liés. On y analyse des aspects tels que les évolutions démographiques, la capacité des services de santé, la formation, la gestion de la mobilité du personnel sanitaire à l'intérieur de l'UE ainsi que la migration de ces travailleurs à l'échelle mondiale.

Le Livre vert aborde ce dernier aspect en affirmant que la pénurie de personnel sanitaire est un phénomène mondial, mais que ce problème est le plus aigu en Afrique subsaharienne, où il a atteint un niveau de crise. La pénurie de personnel sanitaire, poursuit le Livre vert, est critique dans 57 pays, dont 36 pays d'Afrique. Elle est encore aggravée par la demande croissante de personnel médical et soignant dans le monde développé.

Le Livre vert s'intéresse à l'impact des actions en matière de santé qui sont menées au sein de l'UE ainsi qu'à leurs conséquences pour la politique externe et la politique de développement de l'Union. La concurrence entre les travailleurs de la santé ne concerne pas uniquement les personnes venues du Sud : dans une note de bas de page, le Livre vert indique que ce ne sont pas seulement les pays en développement qui voient partir leurs travailleurs de la santé, mais que des médecins et du personnel infirmier quittent aussi l'UE pour aller

⁴ *L'action de la Communauté dans le domaine de la santé publique respecte pleinement les responsabilités des Etats membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux.* (Article 152 du Traité CE)

travailler dans des pays comme les Etats-Unis, le Canada, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande. Les auteurs en concluent que si l'UE ne prend pas elle-même des mesures pour former et conserver un personnel sanitaire en quantité suffisante, l'effet négatif des migrations sur les systèmes de santé des pays en développement ne diminuera probablement pas.

La communication *EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries* (COM(2005) 642), un document approuvé en décembre 2005, reconnaît aussi que l'UE doit prendre des mesures pour atteindre ses propres objectifs de qualité des soins de santé, mais sans que cela n'entraîne d'effets négatifs sur la situation de pays tiers. Cette communication analyse en détail les problèmes qui se posent pour le personnel sanitaire dans les régions d'origine, l'impact pour les populations pauvres privées de soins et la perversité des mécanismes de recrutement de travailleurs de la santé en Afrique, par exemple. Cette position est confirmée et encore soulignée dans une communication sur le *Programme européen d'action visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de la santé dans les pays en développement (2007-2013)*, qui a été approuvée un an plus tard (COM(2006) 870).

Avec la communication COM(2008) 359, l'Union européenne a opté pour une politique d'immigration commune et formule une série de principes, de mesures et d'instruments. Cette politique met en avant une approche qui veut éviter de freiner le développement de pays tiers (en l'occurrence, des terres d'émigration) en les privant de certaines compétences (fuite des cerveaux). Au lieu de cela, elle recommande de favoriser la *migration circulaire*⁵. Ces aspects s'inscrivent dans ce qui a été qualifié auparavant de *politique migratoire européenne globale* (COM(2006) 735) et ils figurent aussi, à titre de recommandations, dans la communication sur *l'Application de l'approche globale de la migration sur les régions frontalières à l'est et au sud-est de l'Union européenne* (COM(2007) 247).

Cette politique commune a déjà été mise en avant dans le Programme de Lisbonne (COM(2007) 804), qui établit explicitement le lien entre le développement de l'Europe, région de l'économie de la connaissance, le développement d'une politique d'immigration commune et l'instauration d'une "carte bleue européenne" pour les migrants les plus qualifiés, première étape dans ce processus.

En octobre 2007, la Commission a déposé une proposition de directive visant à faciliter l'admission de migrants très qualifiés dans l'Union européenne. Cette proposition contient la clause suivante : "*Lors de la mise en oeuvre de la présente directive, les Etats membres devraient s'abstenir de pratiquer un recrutement actif dans les pays en développement dans les secteurs qui souffrent d'une pénurie de main-d'œuvre. Il y a lieu d'élaborer des politiques et des principes de recrutement éthique applicables aux employeurs du secteur public et du secteur privé dans les secteurs clés, par exemple dans celui de la santé.*" (COM(2007) 637)

L'Union européenne a donné son accord pour élaborer un code de conduite destiné à soutenir une politique éthique de recrutement de professionnels de la santé en dehors de l'Union. D'autres démarches seront également entreprises afin de minimiser les effets négatifs de l'émigration de

5 On entend par « migration circulaire » le fait que des travailleurs se rendent dans un autre pays pour y suivre une formation et/ou y acquérir de l'expérience et reviennent ensuite dans leur pays avec ces connaissances et compétences nouvelles. Pour les inciter à le faire, on pourrait imaginer de convenir avec eux au préalable d'un plan de carrière qui leur assurerait, à leur retour au pays, un emploi et un salaire reconnaissant l'expérience acquise à l'étranger.

personnel sanitaire pour les pays d'origine, autrement dit les pays en développement, et pour maximaliser les effets positifs⁶. Le rapport de progression sur la mise en œuvre du programme d'action (SEC(2008) 2476), approuvé en septembre 2008, insiste une nouvelle fois sur la nécessité de respecter ces engagements.

4.2 Codes de conduite dans d'autres pays

1. Angleterre, Ecosse et Commonwealth

Il n'y a pas qu'au niveau de l'Union que des initiatives ont été prises en vue d'aboutir à un code éthique. L'objectif de réduire les effets négatifs de l'immigration du personnel sanitaire sur des régimes de santé déjà fragiles dans les pays en développement se retrouve dans un certain nombre d'autres codes de recrutement éthique qui ont été mis au point dans plusieurs pays.

Dès 1999, un code éthique a été élaboré en **Angleterre** en vue de restreindre l'impact négatif des recrutements de personnel médical dans le Sud. Les lignes directrices de cette initiative destinée aux employeurs du National Health Service consistaient à ne plus recruter de personnel dans la région des Caraïbes et en Afrique du Sud. Elles ont ensuite été affinées : en octobre 2001 était publié le "Department of Health's Code of Practice for NHS employers involved in the international recruitment of healthcare professionals". Ce document a à son tour été adapté en 2004. La délimitation des zones géographiques a été étendue et les employeurs ont été invités à ne pas rechercher activement du personnel dans n'importe quel pays en développement, à moins qu'il n'existe un accord bilatéral entre les deux gouvernements. Une liste avec les pays recommandés a été publiée en 2003.

Le "Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals", pour reprendre l'intitulé complet du document, se fonde sur un certain nombre de principes directeurs et pose une série de normes concernant le recrutement de travailleurs de la santé originaires de "régions d'outre-mer". Le code reflète le souci de protéger les pays en développement et indique explicitement que l'objectif est d'éviter des recrutements dans des pays qui souffrent déjà d'une pénurie de personnel dans le domaine de la santé. Le code fournit des lignes directrices aux employeurs du NHS qui font appel à des agences commerciales de recrutement et leur demande de ne collaborer qu'avec celles qui souscrivent aux principes figurant dans le code éthique. Celui-ci résume quelques-unes des restrictions. Ces directives s'adressent au secteur public et n'ont pas de force contraignante.

Bien que les recrutements de professionnels de la santé à l'étranger aient surtout été le fait de l'Angleterre, d'autres entités du Royaume-Uni ne sont pas restées inactives dans ce domaine. L'**Ecosse** a également mis au point un code éthique qui est coulé dans le même moule, le "*Code of Practice for Scottish healthcare employers*". Il est postérieur de quelques années au code anglais et a été officiellement adopté dans le courant de mars 2006.

Un code pour le **Commonwealth** a également été adopté lors d'une réunion des ministres de la Santé du Commonwealth à Genève, le 18 mai 2003. Ce code a une portée géographique plus large que les

6 Parlement européen : EU Strategy for Action on the Crisis in Human Resources for Health in Developing Countries, et COM(2006) 870, Programme européen d'action visant à faire face à la pénurie grave de professionnels de la santé dans les pays en développement (2007-2013)

codes anglais et écossais et il inclut aussi bien les pays d'origine que les pays d'accueil. Cependant, comme le précise l'article 10, ce document n'a pas de valeur légale. Bien qu'il contienne aussi un passage intitulé "Compensation/Reparation /Restitution" (article 21), ses propositions restent vagues et ne répondent guère aux déséquilibres créés, comme on s'en aperçoit à la lecture de l'article 21 :

Les gouvernements qui recrutent dans les autres pays du Commonwealth devraient (pourraient être désireux de) envisager de compenser certains des avantages acquis par ce biais. Cela pourrait comprendre :

- *compenser les programmes de recrutement de personnel de la santé par le transfert de technologies, de compétences et une assistance technique et financière au pays concerné;*
- *des programmes de formation pour développer les compétences des personnes qui retournent dans leur pays d'origine;*
- *des dispositifs facilitant le retour des personnes recrutées (conformément à l'application du principe de non-discrimination, aux droits des travailleurs concernés et aux lois entre autres sur l'immigration).*

2. Norvège et Pays-Bas

La Norvège et les Pays-Bas ont défini des stratégies de recrutement éthique en limitant le recrutement actif par des pouvoirs publics ou en encourageant les recrutements effectués dans le cadre de conventions bilatérales.

En **Norvège**, le rapport *Recruitment of Health Workers: Towards Global Solidarity*, paru en 2007, met en regard la situation norvégienne et la "crise" mondiale qui touche le recrutement de professionnels de la santé. Il évalue la pénurie de personnel sanitaire en Norvège à l'horizon 2025 et consacre un paragraphe à l'aide aux pays pauvres. Le chapitre consacré au recrutement responsable s'appuie sur ces éléments. Les propositions vont cependant plus loin que celles qui sont faites dans d'autres documents, notamment lorsque le rapport dit que "Un Cadre National devrait contenir des instructions inscrites dans la loi sur la façon dont les institutions de santé publique agissent en matière de recrutement direct ou par l'entremise d'agences de recrutement » (p. 27).

Les **Pays-Bas** ont également pris dans ce débat une position qui repose sur leurs propres expériences. Un document de novembre 2007 destiné à la Deuxième Chambre⁸ évalue les pénuries à prévoir et esquisse différents scénarios pour répondre à ces défis. Il se conclut par un petit chapitre intitulé "Recruter à l'étranger". Les pouvoirs publics néerlandais voient dans ces recrutements à l'étranger un ultime recours :

Nous estimons que le recrutement de professionnels de la santé en dehors de l'UE doit être un dernier recours dans la politique relative au marché de l'emploi. C'est une éventualité que l'on ne pourrait envisager que si les institutions ont tenté toutes les autres possibilités. Nous pensons néanmoins qu'il n'est pas souhaitable de répéter la situation de 2000 et 2001, lorsque certains

7 Recruitment of Health Workers: towards Global Solidarity, 2007.

8 Arbeidsmarktbrief 2007 Werken aan de zorg – voir <http://www.ggznederland.nl/werk-en-opleiding/arbeidsmarktbrief-werken-aan-de-zorg.pdf>

établissements de soins ont engagé du personnel infirmier venu de pays en développement (entre autres l'Afrique du Sud et les Philippines). A la demande du VWS, les employeurs ont ensuite mis au point une certification pour les intermédiaires et les bureaux de recrutement. Notre objectif est que les employeurs du secteur de la santé établissent un code de bonne conduite pour ne pas recruter de manière proactive du personnel soignant dans des pays en développement ou dans des pays qui souffrent eux-mêmes d'une pénurie de personnel soignant.

4.3 Codes éthiques dans le secteur

L'EPSU (European Federation of Public Service Unions)⁹ et l'HOSPEEM (European Hospital and Healthcare Employers' Association) ont lancé en mars 2010 un appel commun pour identifier les pénuries de main-d'œuvre dans le secteur hospitalier. Ces deux organisations sont considérées comme des partenaires sociaux européens (voir Livre vert). Au niveau de l'UE, le Comité pour le dialogue social européen dans le secteur hospitalier, qui comprend aussi bien des représentants de l'HOSPEEM que de l'EPSU, a approuvé en 2008 un code de conduite commun, le *"Code of Conduct and follow-up on Ethical Cross-Border Recruitment and Retention"*¹⁰. Il vise également à favoriser les comportements éthiques lors du recrutement international de travailleurs de la santé.

4.4 L'Organisation mondiale de la Santé

A plusieurs reprises déjà, l'Organisation mondiale de la Santé a mis à l'ordre du jour le recrutement du personnel sanitaire et a abordé cette question dans une série de documents et de publications. Des groupes de travail ont été constitués pour produire des documents préparatoires. Ils ont pu s'inspirer d'informations venues entre autres d'Etats membres et d'organisations non-gouvernementales. Ce travail préparatoire a débouché le 20 mai 2010, lors de la 63^e 'United Nations' World Health Assembly' à Genève, sur l'adoption d'un code éthique relatif au recrutement de personnel soignant à l'étranger et sur les conséquences internationales qui en résultent pour la santé de la population. La World Health Assembly a ainsi approuvé le code qui avait déjà été entériné auparavant, dans le courant de janvier 2010, par le comité exécutif. Le *"WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel"*¹¹ est divisé en 10 articles qui conseillent, aussi bien aux pays d'origine qu'aux pays d'accueil, comment envisager le recrutement de personnel médical de manière à minimiser son impact négatif pour les pays à faibles revenus, qui ont eux-mêmes déjà beaucoup de mal à organiser des soins de base pour leur population. Le code reconnaît que *"lorsque les migrants proviennent de pays qui connaissent déjà une pénurie de personnel sanitaire (...), cette migration affaiblit encore plus des systèmes de santé déjà fragiles et constitue un obstacle important à la réalisation des objectifs de développement du Millénaire."* Il traite ensuite successivement des objectifs (article 1), de la nature et de l'ampleur du recrutement (article 2), des principes directeurs (article 3), des responsabilités, des droits et des principes de recrutement (article 4), du développement d'une "main-d'œuvre de la santé" et de la durabilité du système de santé (article 5), de la collecte des données et de la recherche (article 6), des échanges d'informations (article 7), de la mise en œuvre du code (article 8), du

9 <http://www.epsu.org/>

10 www.hospeem.eu/content/download/313/1631/version/2/file/EPUSU

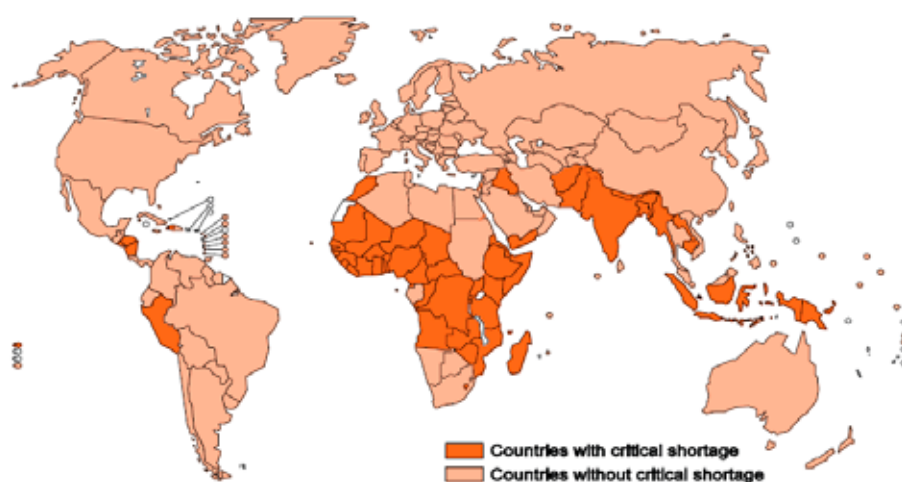
11 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-en.pdf

suivi et des dispositions institutionnelles (article 9) et enfin des partenariats, de la coopération technique et de l'aide financière.

Dans son article 4, le code tient compte aussi bien du droit des travailleurs de la santé désireux d'émigrer que du droit de la population à disposer du meilleur niveau de qualité possible en matière de soins de santé.

Dans ses rapports annuels, l'OMS publie des données relatives au nombre de médecins et d'infirmiers et dresse la liste des pays qui souffrent d'un "déficit critique" de personnel, comme le montre la carte de la figure 45.

Figure 45. Pays souffrant d'un déficit critique de personnel sanitaire (médecins, personnel infirmier, sages-femmes).



**En foncé, les pays qui souffrent d'un déficit critique*

Source World Health Report 2006

Le code de l'OMS est le premier à ne pas être purement régional (comme celui du Commonwealth, de l'Angleterre ou de l'Ecosse), à ne pas être axé sur un secteur bien précis (comme le code de conduite de l'EPSU/ HOSPEEM, qui se concentre uniquement sur le personnel employé dans les hôpitaux européens) et à s'adresser aussi bien aux pays d'origine qu'aux pays de destination.

4.5 Vers l'application d'un code éthique

L'étude déjà citée de John Connell pour l'Organisation mondiale de la Santé prouve la nécessité d'un code éthique. Elle montre aussi que la situation sanitaire de la population de petits pays peu peuplés, comme certains états de Micronésie, se dégrade sensiblement lorsque du personnel médical et infirmier part pour l'étranger (Connell, 2001). Dans de telles situations, il est difficile de parler de 'win-win' : les gagnants sont les pays de destination, qui peuvent compter sur un plus grand nombre de médecins et d'infirmiers, ainsi que les migrants qui voient leurs revenus augmenter, par exemple dans les pays du Golfe. En revanche, la société dans laquelle ils ont grandi est perdante. Non seulement elle a investi

dans une formation qui ne lui rapporte rien, mais si le nombre de médecins est trop faible et si les partants ne peuvent pas tout de suite être remplacés par un contingent de jeunes, chaque départ réduit les chances que la population bénéficie de soins de qualité. Ce cas est un exemple clair de ce qui a été décrit dans le cadre analytique, à savoir que si on laisse jouer l'offre et la demande dans un contexte mondialisé sans y apporter de correctif, ce sont les Etats économiquement les moins forts qui seront la plupart du temps les dindons de la farce.

Un code éthique devrait pouvoir éviter cela. Même si cette évolution est encore relativement récente, cela fait un certain temps déjà que des codes éthiques existent dans des pays comme la Grande-Bretagne. L'intention est noble, mais le code mis au point par l'OMS est un instrument aussi peu contraignant que le code anglais ou écossais. L'article 2.1 l'admet sans détours : *"Le Code n'est pas contraignant. Les Etats Membres et autres parties prenantes sont vivement encouragés à s'y conformer."* C'est pourquoi l'article 8, consacré à la mise en œuvre du code, comprend sept points destinés à favoriser cette mise en pratique. Les Etats membres sont encouragés à mener une bonne communication au sujet du code vis-à-vis de toutes les parties prenantes, un appel explicite est lancé aux bureaux de recrutement et aux employeurs et on suggère de transposer le code dans la législation.

1. *Les Etats Membres sont encouragés à diffuser et appliquer le Code en collaboration avec tous les acteurs stipulés à l'article 2.2, conformément aux responsabilités nationales et infranationales.*
2. *Les Etats Membres sont encouragés à intégrer le Code dans les lois et politiques applicables.*
3. *Les Etats Membres sont encouragés à consulter, selon les besoins, tous les acteurs stipulés à l'article 2.2 lors de la prise de décisions et à les associer aux autres activités liées au recrutement international des personnels de santé.*
4. *Tous les acteurs visés à l'article 2.2 devraient s'efforcer d'œuvrer individuellement et collectivement à la réalisation des objectifs du présent Code. Tous devraient observer le Code, indépendamment de l'aptitude des autres à faire de même. Les recruteurs et les employeurs devraient coopérer pleinement au respect du Code et promouvoir les principes directeurs qu'il énonce, indépendamment de l'aptitude d'un Etat Membre à appliquer le Code.*
5. *Les Etats Membres devraient, dans la mesure du possible, conformément aux responsabilités juridiques et en collaboration avec les acteurs concernés, établir et mettre à jour à intervalles réguliers un registre de tous les recruteurs autorisés à exercer sur leur territoire par les autorités compétentes.*
6. *Les Etats Membres devraient, dans la mesure du possible, encourager et promouvoir le respect des bonnes pratiques par les agences de recrutement en n'utilisant que celles qui respectent les principes directeurs du Code.*
7. *Les Etats Membres sont encouragés à observer et évaluer l'ampleur du recrutement international actif de personnels de santé originaires de pays confrontés à des pénuries aiguës de personnels de santé et à évaluer l'importance et l'impact des migrations circulaires.*

4.6 Conclusion

Plusieurs acteurs concernés, tels que des acteurs publics ou des organisations intergouvernementales et non-gouvernementales, insistent depuis un certain temps déjà pour qu'on élabore un code éthique. Ainsi, le Livre vert européen de 2008 (COM(2008) 725 définitif) énumère des facteurs qui exercent une influence ainsi que des terrains d'action possibles : (1) développer un certain nombre de principes directeurs concernant le recrutement de personnel soignant dans des pays en développement et des méthodes pour suivre et contrôler ce recrutement, (2) aider l'OMS à élaborer un code mondial de bonne conduite pour le recrutement éthique et (3) stimuler les conventions bilatérales et plurilatérales avec les pays d'origine et développer des mécanismes pour favoriser la migration circulaire. La publication du code de l'OMS a déjà permis de rencontrer les deux premiers points et il y a un cadre dans lequel les accords bilatéraux et multilatéraux dont il est question au point (3) peuvent être négociés.

SYNTHÈSE ET CONCLUSION

1. Synthèse

1. Depuis un certain temps déjà, il y a un débat pour savoir si le secteur des soins de santé en Belgique sera confronté à une pénurie de personnel. Cette discussion est rendue plus complexe par le manque de données sur le nombre de personnes actives dans ce secteur. C'est un obstacle particulièrement gênant pour certaines catégories professionnelles, comme le personnel infirmier.
2. Les projections détaillées de Pacolet montrent que, théoriquement, on ne devrait pas manquer d'infirmiers et d'infirmières en Belgique. Mais en pratique, un grand nombre de MRS et d'hôpitaux souffrent d'un manque de personnel. Dans certains cas, cette pénurie va même jusqu'à compromettre le bon fonctionnement de l'établissement. On peut en partie expliquer la différence entre le volume théorique de main-d'œuvre et la pratique par l'importance du travail à temps partiel dans le secteur et par le manque d'attractivité de certaines fonctions soignantes et infirmières.
3. Trois pistes sont souvent mises en avant pour combler les pénuries de personnel : rendre la profession plus attrayante; mener une politique active de recrutement dans la réserve de main-d'œuvre; et recourir à des recrutements à l'étranger. La politique belge se concentre principalement sur les deux premières pistes.
4. Bien qu'il soit en augmentation depuis quelques années, le recrutement international de personnel soignant reste encore à relativement petite échelle. Ce n'est que très récemment que des bureaux de recrutement ont commencé à investir ce domaine d'activité. Les principaux pays dans lesquels on recrute du personnel médical sont la Pologne et la Roumanie en Europe ainsi que les Philippines et le Liban. Dans la plupart des cas, il ne s'agit tout au plus que de quelques dizaines d'infirmiers et d'infirmières par an.
5. Même si le recrutement international en est toujours à ses balbutiements et si certains bureaux n'ont pas encore dépassé la phase pilote, un certain nombre d'établissements de soins (comme les Cliniques de l'Europe à Bruxelles) ont des expériences positives dans ce domaine. Le service fourni est souvent adapté aux besoins

de l'établissement et une attention plus ou moins grande est accordée à l'intégration du candidat dans la société belge, à son apprentissage linguistique, à l'accomplissement des formalités administratives, etc.

6. Les principaux problèmes que pose l'engagement de personnel médical étranger en Belgique ont trait à la langue, aux différences culturelles, aux différences dans les tâches à effectuer, à la reconnaissance académique et au mal du pays.
7. Environ 30% des médecins (soit 8.000 personnes) et 15% des infirmiers et infirmières (9.200 personnes) actifs en Belgique sont nés à l'étranger (chiffres de 2007). La grande majorité de ces personnes ont cependant obtenu leur diplôme en Belgique. Seuls environ 5% des médecins et 1% des infirmiers/mières ont été diplômés à l'étranger.
8. Bien que l'immigration de personnel médical et infirmier étranger soit en hausse, les flux migratoires originaires de pays non européens sont encore relativement faibles – surtout en comparaison avec des pays tels que le Royaume-Uni.
9. Beaucoup de pays de destination ont une population vieillissante et, malgré un taux de chômage souvent très élevé, sont confrontés à une pénurie de main-d'œuvre dans certains secteurs du marché de l'emploi, notamment – prétendent certains – dans le secteur médical et dans celui des soins de santé. Les entreprises qui ont besoin de personnel qualifié sont demandeuses de règles qui facilitent l'arrivée de 'travailleurs immigrés'. Les travailleurs étrangers peuvent immédiatement répondre aux exigences des employeurs alors que ceux qui sont au chômage dans le pays même sans posséder les qualifications requises doivent d'abord suivre une formation avant de pouvoir être insérés sur le marché de l'emploi. Même si les salaires payés aux travailleurs étrangers ne sont pas inférieurs à la moyenne, il peut donc être intéressant pour certaines entreprises d'engager ces personnes afin de ne pas devoir perdre de temps et d'argent à former une main-d'œuvre locale.
10. De tous les pays de l'OCDE, ce sont les Etats-Unis qui attirent le plus grand nombre de soignants étrangers. Des pays traditionnels d'immigration comme le Canada et l'Australie drainent également un personnel médical étranger proportionnellement nombreux par rapport à leur propre population. On constate aussi que beaucoup de soignants étrangers s'inscrivent en Grande-Bretagne : certaines années, le nombre de ces nouveaux arrivants est même supérieur à celui des Britanniques. Le personnel soignant d'origine étrangère qui travaille en France provient essentiellement des anciennes colonies d'Afrique du Nord et des pays voisins.
11. Le monde est confronté à un excédent de main-d'œuvre dans les pays en développement tandis que certains secteurs du monde industrialisé souffrent d'un déficit de main-d'œuvre, entre autres en raison du vieillissement de la population. On pourrait s'imaginer que toutes les parties concernées peuvent tirer parti d'une telle situation : s'il y a du chômage dans une région et une pénurie de main-d'œuvre dans une autre, le transfert de la main-d'œuvre excédentaire semble être une solution pratique pour l'une comme pour l'autre.
12. Malheureusement, il y a aussi un problème de répartition des compétences sur le marché de l'emploi mondialisé. Comme ce marché de l'emploi est segmenté, l'offre et la demande peuvent se

rencontrer à chaque niveau. Beaucoup de pays de destination rechignent à ouvrir leurs frontières à tous les migrants, mais des travailleurs qualifiés ou ayant fait des études supérieures, comme les médecins et les infirmières, sont généralement plus que les bienvenus. Dans de nombreux cas, des efforts intensifs sont même fournis pour les attirer.

13. La demande de travailleurs porteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur, comme des professionnels de la santé, est supérieure à l'offre sur le marché national de l'emploi des pays de destination. Dans la plupart des pays d'origine, la demande de personnel hautement qualifié se heurte à une offre limitée. Dans un rapport de 2006, l'OMS estime que la pénurie de personnel soignant s'élève à 4,3 millions de personnes à l'échelon mondial.
14. Une étude menée en 2002 par l'OCDE affirme que la mobilité des travailleurs les plus qualifiés favorise la circulation d'idées et de processus novateurs ainsi que la croissance économique mondiale. Elle souligne les avantages pour les pays d'origine : les migrants reviennent au pays avec des compétences technologiques et des capacités managériales qu'ils ont acquises à l'étranger. Souvent aussi, ils possèdent de l'argent à investir ou ils ont établi des contacts utiles dans l'univers international de la science et de la technologie. Autrement dit, ils ont développé leur capital social et leur "capital de réseaux". Comme beaucoup de professionnels finissent par retourner dans leur pays natal, la crainte d'une perte de compétences, ou d'une fuite des cerveaux, des pays en développement vers les pays technologiquement les plus avancés semble quelque peu excessive, conclut le rapport.
15. Jusqu'à un certain point, l'exode de personnel hautement qualifié peut donc constituer un avantage pour le pays d'origine en raison de cette rentabilité économique et sociale. Les migrants qui ont fait carrière à l'étranger créent aussi des possibilités pour ceux qui sont restés au pays – il y a moins de concurrence – et leur réussite peut inciter d'autres générations à acquérir les compétences nécessaires pour marcher dans leurs traces. La perspective d'aller travailler à l'étranger pour un meilleur salaire et dans de meilleures conditions peut ainsi exercer un effet stimulateur et faire en sorte que le nombre d'étudiants fréquentant l'enseignement supérieur soit plus élevé que s'il n'y avait pas eu d'émigration. Si ensuite il y a davantage de ces jeunes qui choisissent de rester au pays à l'issue de leurs études, cela élève le niveau de connaissances dans le pays d'origine (Stark, 2002).
16. L'émigration de personnes hautement qualifiées peut donc être positive, mais cela suppose malgré tout que le pays d'origine conserve un nombre suffisant de travailleurs qualifiés, ce qui n'est généralement pas le cas pour le personnel médical. Lorsqu'il n'y a personne pour remplacer le départ de professionnels qualifiés, il est difficile de parler d'un avantage pour la communauté locale. On pourrait dire qu'il y a deux seuils critiques : un seuil bas sous lequel la société souffre des conséquences de l'émigration de ses membres les plus qualifiés parce qu'il n'y a pas de capacité de remplacement; et un seuil haut à partir duquel l'émigration redevient un problème parce que la capacité de remplacement est épuisée. C'est entre ces deux limites que l'on peut parler de *brain gain* (ou de *brain transfer*, de *brain circulation*) au lieu de *brain drain*. Mais en-dessous et au-dessus de ces deux seuils, il est plus exact de parler de fuite des cerveaux. Le tableau est différent pour chaque pays, chaque région et même pour chaque secteur. Pour certains pays, comme les petites îles de Micronésie, la situation est tout simplement dramatique.

17. Les migrants hautement qualifiés issus de pays moins développés n'exploitent pas toujours leurs talents dans le monde industrialisé. Si des personnes titulaires d'un diplôme d'infirmier émigrent dans une société plus développée pour y travailler dans une usine, dans un magasin ou comme femme d'ouvrage dans des ménages à deux revenus, il est difficile de qualifier cette situation de positive ou d'y voir un 'win-win', même si l'offre et la demande sont en équilibre, si le travailleur gagne de l'argent, et peut en envoyer une partie à sa famille restée au pays, et si l'employeur a pu trouver une main-d'œuvre relativement bon marché. En effet, l'investissement consenti dans la formation n'est pas rentabilisé : ni pour le pays d'origine, qui a perdu un travailleur qualifié, ni pour le pays de destination, où les compétences disponibles ne sont pas utilisées de manière efficiente. C'est un facteur important de perte économique, de *brain waste*.
18. En raison de l'inégalité des revenus et du manque de possibilités d'emploi, les différents acteurs ne se trouvent pas sur un pied d'égalité dans la négociation. Si les pays les plus avancés manquent de main-d'œuvre et qu'il existe une main-d'œuvre qualifiée dans les pays en développement, bien que ceux-ci souffrent également d'une pénurie, le mécanisme de l'offre et de la demande aura pour effet que les pays en développement verront partir leurs travailleurs les plus qualifiés. Les pays africains sont particulièrement touchés par ce phénomène, mais en chiffres absolus les plus grands exodes de professionnels vont de l'Asie aux Etats-Unis. Alors que, dans un certain nombre de cas, les migrants reviennent au pays ou y développent des réseaux avec les anciens pays d'accueil, l'évolution est tout à fait différente ailleurs, surtout dans les pays africains, qui ne peuvent pas rivaliser avec les salaires et les conditions de travail des pays plus développés. Ils ne parviennent donc pas non plus à faire revenir leurs travailleurs migrants les plus compétents. Certaines régions voient même partir la plupart d'entre eux – une situation que l'on qualifie parfois de *brain desertification*.
19. Le Programme de développement des Nations unies (United Nations Development Programme - UNDP) a abordé le problème de l'émigration des travailleurs hautement qualifiés dans son Human Development Report de 2001. L'idée défendue dans ce rapport est que la migration de ces professionnels du Sud est très chère pour les pays d'origine concernés. Dans le cas bien connu de l'Inde, on constate qu'environ 100.000 personnes, qui ont surtout des compétences dans le secteur informatique, introduisent chaque année une demande de visa pour les Etats-Unis. Selon le rapport, le coût moyen pour l'enseignement universitaire indien est estimé à entre US\$ 15.000 et US\$ 20.000 par travailleur migrant. En d'autres termes, cet exode vers les Etats-Unis fait perdre chaque année à l'Inde un investissement de 2 milliards de dollars.
20. Les écarts de salaire, les meilleures conditions de travail, les possibilités de formation continuée et les perspectives de carrière peuvent exercer une forte attraction et être un motif important pour les professionnels. Sur le plan individuel, cela semble être une situation win-win : le migrant améliore sa situation individuelle, gagne plus d'argent et jouit de meilleures perspectives; l'employeur du pays d'accueil recrute un travailleur motivé et relativement bon marché.
21. Mais si l'émigration peut être une bonne affaire sur le plan individuel, elle peut constituer une perte importante pour les pays qui ont investi dans la formation, comme le montre l'exemple des spécialistes indiens des nouvelles technologies. Dans ce dernier cas, il y a bien entendu un certain return. L'Inde a accompli d'importants progrès dans le secteur des nouvelles technologies et fournit

des ingénieurs au monde industrialisé. L'industrie des logiciels représente même 8% des exportations indiennes de biens et de services (UNDP, 2001). Mais le secteur de la santé est un exemple qui démontre combien il est difficile de se faire une image claire de cette réalité. L'émigration de personnel infirmier originaire d'un grand nombre d'îles de l'océan Pacifique et des Caraïbes est une perte et un défi pour ces pays. L'émigration d'infirmiers et d'infirmières des Philippines fait partie de la stratégie d'exportation de leur main-d'œuvre que les autorités de ce pays ont mise en place. Les Philippines sont souvent citées comme l'exemple d'un pays qui utilise l'exportation de main-d'œuvre qualifiée comme un véritable 'business' (*brain business*) qui profite à leur secteur universitaire et qui est un moyen pour attirer aux Philippines de l'argent et des contacts internationaux. Mais même un pays comme les Philippines se heurte à des pénuries de main-d'œuvre. Des mouvements sociaux philippins, soutenus dans le monde industrialisé, commencent à tirer la sonnette d'alarme.

22. L'OMS fait état de 57 pays, dont 36 en Afrique subsaharienne, qui souffrent d'un déficit critique de personnel soignant.
23. Au cours de la dernière décennie, certains pays ont élaboré un code éthique pour le recrutement de personnel médical dans les pays en développement. Dans le contexte européen, la Commission fait également pression pour favoriser ce recrutement éthique et les partenaires sociaux européens qui sont actifs sur le terrain ont développé un code de bonne conduite. Un certain nombre d'initiatives prises dans ce domaine se réfèrent systématiquement à des évolutions qui sont en cours au sein de l'OMS. Celles-ci ont clairement pris forme au début 2010 avec l'adoption d'un code de conduite de l'OMS lors de la World Health Assembly.

2. Conclusion

1. Récapitulons : il y a des individus qui veulent partir à l'étranger; il y a une demande de main-d'œuvre étrangère en général et de personnel soignant en particulier; il y a des entreprises, des organisations et des établissements qui veulent recruter des travailleurs étrangers qualifiés; il y a des pays – souvent pauvres – qui ont investi dans l'enseignement de leurs ressortissants et d'autres – souvent riches – qui voient leur population vieillir et qui manquent de personnel dans le secteur des soins de santé. D'autre part, il y a aussi des concepts tels que la liberté individuelle et la liberté de choix, d'une part, et comme la responsabilité et les obligations envers la société, d'autre part. Tout cela se déroule dans un marché du travail mondialisé, où une offre peut chercher et rencontrer une demande. Et enfin, ce qui est très important aussi, il y a des rapports de force inégaux.
2. Tout le défi consiste à organiser les choses de manière à répartir équitablement les avantages. La mobilité des cerveaux n'implique pas automatiquement la fuite des cerveaux. Comme nous l'avons déjà dit, la situation est différente d'un pays, d'une région et d'un secteur à l'autre. Il est clair qu'il n'y a pas de conséquences générales. S'il y a des conséquences négatives, elles peuvent être différentes pour chaque pays et même pour chaque profession.
3. La mobilité des travailleurs qualifiés crée sans doute de réelles opportunités, mais elle s'accompagne aussi de menaces qui ne sont pas moins réelles. Les acteurs internationaux concernés ne peuvent pas perdre de vue les détails et se focaliser uniquement sur les réussites les

plus éclatantes. Il est clair que, plus on approfondit ses connaissances de l'émigration de travailleurs qualifiés et des conséquences sur les pays d'origine, plus on se rend compte de tout ce qu'on ignore encore. Ce qui est évident, c'est que les avantages qui sont avérés dans d'autres secteurs, comme celui des nouvelles technologies, ne s'appliquent généralement pas au secteur de la santé en raison des pénuries que celui-ci connaît.

4. Un élément important est que, sur un marché où le rapport de force est inégal, c'est toujours le plus faible qui est perdant. Les pays industrialisés peuvent corriger cela, par exemple en élaborant un code éthique ou en s'engageant à éviter des situations où des pays occidentaux recrutent par exemple des infirmières africaines tout en sachant que la région d'origine souffre elle-même d'une pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine. La récente adoption du code de bonne conduite de l'OMS permet de disposer d'un modèle qui est prêt à être transposé dans la législation nationale.
5. Les décideurs politiques ont la capacité d'être créatifs et de mettre sur pied une sorte de "fonds de formation". On pourrait demander aux entreprises, aux organisations et aux établissements, notamment hospitaliers, qui souhaitent recruter des travailleurs qualifiés originaires du Sud de payer une "taxe de formation". Celle-ci pourrait varier selon le profil des personnes engagées. Les montants ainsi perçus pourraient être réinvestis dans la formation de jeunes professionnels dans le Sud. Un tel fonds peut être mis sur pied au niveau régional (par exemple à celui de l'Union européenne) ou international (Nations unies).
6. Répétons une fois encore que le code éthique de l'OMS fournit un modèle qui permet d'alimenter le débat dans le contexte belge. En effet, il intègre aussi bien les intérêts des pays d'origine, des pays de destination et des migrants individuels que le rôle des pouvoirs publics, des employeurs et des intermédiaires comme les bureaux de recrutement.

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des tableaux

Tableau 1	Offre et demande de personnel infirmier dans le secteur des soins de santé en Belgique 1999-2019, par période quinquennale	30
Tableau 2	Différences de procédure entre la Communauté française et la Communauté flamande	33

Annexe 2 : Liste des figures

Figure 1	Evolution de la structure des âges de la population belge 1980, 2000 et 2050	24
Figure 2	Procédures de reconnaissance professionnelle pour les ressortissants EEE et UE	32
Figure 3	Procédures de reconnaissance professionnelle pour les non-ressortissants EU/EEE et les spécialistes	33
Figure 4	Procédure de reconnaissance du diplôme de base de médecin	35
Figure 5	Procédure de reconnaissance pour les infirmiers	36
Figure 6	Evolution du nombre de médecins et d'infirmiers actifs en Belgique et nés à l'étranger, de 2000 à 2007	38
Figure 7	Evolution du nombre de médecins et d'infirmiers actifs en Belgique, nés à l'étranger et titulaires d'un diplôme étranger, de 2000 à 2007	38
Figure 8	Origine des médecins étrangers actifs en Belgique en 2007	39
Figure 9	Principales nationalités européennes parmi les médecins étrangers actifs en Belgique en 2007	40
Figure 10	Principales nationalités non-européennes parmi les médecins étrangers actifs en Belgique en 2007	40
Figure 11	Origine du personnel infirmier étranger actif en Belgique en 2007	41
Figure 12	Principales nationalités européennes parmi les infirmiers étrangers actifs en Belgique en 2007	41
Figure 13	Principales nationalités non-européennes parmi les infirmiers étrangers actifs en Belgique en 2007	42
Figure 14	Evolution de l'immigration des médecins en Belgique selon la région d'origine	43
Figure 15	Evolution de l'immigration des infirmiers et infirmières en Belgique selon la région d'origine	43
Figure 16	Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes de médecin entre 2001 et 2009	44

Figure 17	Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes de médecin selon le rôle linguistique	45
Figure 18	Reconnaissance des diplômes de médecin en 2009 par nationalité	45
Figure 19	Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes d’infirmier entre 2003 et 2007	46
Figure 20	Evolution des reconnaissances professionnelles des diplômes d’infirmier selon le rôle linguistique	46
Figure 21	Reconnaissance des diplômes d’infirmier en 2007 par nationalité	47
Figure 22	Evolution du nombre de demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin, en Communauté française et flamande	47
Figure 23	Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin, en Communauté française (2001-2007) et flamande (2001-2006).	48
Figure 24	Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin en Communauté flamande, par nationalité 2001-2006	48
Figure 25	Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme de médecin, en Communauté française, par nationalité 2001-2007	49
Figure 26	Evolution du nombre de demandes de reconnaissance académique pour les diplômes d’infirmier, en Communauté française et flamande	49
Figure 27	Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme d’infirmier, en Communauté française (2001-2007) et flamande (2001-2006)	50
Figure 28	Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme d’infirmier en Communauté flamande, par nationalité 2001-2006	50
Figure 29	Décisions quant aux demandes de reconnaissance académique pour le diplôme d’infirmier en Communauté française, par nationalité, 2001-2007	51
Figure 30	Nouveaux octrois et renouvellements de permis de travail B dans le secteur de la santé pour les médecins en Wallonie et à Bruxelles (2001-2006) et en Flandre (2003-2006)	51
Figure 31	Nouveaux octrois et renouvellements de permis de travail B dans le secteur de la santé pour le personnel infirmier en Wallonie et à Bruxelles (2001-2006) et en Flandre (2003-2006)	52
Figure 32	Nouveaux octrois et renouvellements de permis de travail B dans le secteur de la santé en 2006 (les ressortissants de Chypre et de Malte sont dispensés d’un permis de travail)	52
Figure 33	Procédure de recrutement du candidat	57

Figure 34	Procédure de recrutement du point de vue du client	58
Figure 35	Top 10 des pays de l'OCDE selon le nombre d'infirmiers/infirmières étrangers qui y sont employés	63
Figure 36	Pourcentage de personnes d'origine britannique et non-britannique par rapport au total de nouveaux infirmiers/infirmières autorisés chaque année à travailler au Royaume-Uni (1990-2002) Premier enregistrement	64
Figure 37	Personnel soignant étranger en Grande-Bretagne par nationalité	65
Figure 38	Les 10 premières nationalités de médecins d'origine étrangère en France	66
Figure 39	Pourcentage de médecins employés aux Etats-Unis issus des 20 pays hors OCDE qui sont le plus représentés dans les pays de l'OCDE	67
Figure 40	Ventilation du personnel médical d'origine étrangère actif en Belgique (médecins et personnel infirmier) selon la région d'origine	68
Figure 41	Personnel médical d'origine africaine actif en Belgique (2005), par nationalité	69
Figure 42	Personnel médical d'origine asiatique actif en Belgique (2005), par nationalité	69
Figure 43	Personnel médical d'origine européenne (hors UE 15) actif en Belgique (2005), par nationalité	70
Figure 44	La courbe migratoire	75
Figure 45	Pays souffrant d'un déficit critique de personnel sanitaire (médecins, personnel infirmier, sages-femmes)	90

Annexe 3 : Informations à propos des interviews

Secteur	Organisation
Recherche	European Social Observatory
	HIVA
	UA
Bureaux de recrutement	Medical Express
	Moving People
	Link2europe
	Benevobis
	Randstad Medical
	Limarex
Pouvoirs publics/administration	FOD Volksgezondheid
	VDAB
	VI. Min. Volksgezondheid
Société civile	ASGB
	NVKVV
	Zorgnet Vlaanderen
	Orde der Geneesheren
Employeurs	UZA
	AZ Sint-Jan Brussel
	UZ Gent
	Cliniques de l'Europe
	RVT Antwerpen

Les questions suivantes ont été posées aux personnes interviewées :

1. Estimez-vous qu'il y a des pénuries de personnel dans le secteur des soins de santé ? Si oui, dans quels secteurs et comment cela se manifeste-t-il ?
2. Avez-vous connaissance de cas de personnel soignant ayant émigré en Belgique ? Si oui, de quels pays ou région est-il originaire et pour quelles professions ? Y a-t-il une immigration en provenance de pays du Sud ?
3. Avez-vous connaissance d'initiatives belges de recrutement de personnel soignant dans des pays du Sud ? Si oui, lesquels ?
4. Quelle expérience avez-vous de ces initiatives ?
5. Que pensez-vous de la possibilité de recruter du personnel soignant originaire de pays du Sud ?

Annexe 4 : Code de bonne conduite de l'OMS**SIXTY-THIRD WORLD HEALTH ASSEMBLY****WHA63.16****Agenda item 11.5****21 May 2010**

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel

The Sixty-third World Health Assembly,

Having considered the revised draft global code of practice on the international recruitment of health personnel, annexed to the report by the Secretariat on the international recruitment of health personnel: draft global code of practice,¹

1. ADOPTS, in accordance with Article 23 of the Constitution, the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;
2. DECIDES that the first review of the relevance and effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel shall be made by the Sixty-eighth World Health Assembly;
3. REQUESTS the Director-General:
 - (1) to give all possible support to Member States, as and when requested, for the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;
 - (2) to cooperate with all stakeholders concerned with the implementation and monitoring of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;
 - (3) to rapidly develop, in consultation with Member States, guidelines for minimum data sets, information exchange and reporting on the implementation of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel;
 - (4) based upon periodic reporting, to make proposals, if necessary, for the revision of the text of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel in line with the first review, and for measures needed for its effective application.

¹ Document A63/8.

ANNEX

WHO GLOBAL CODE OF PRACTICE ON THE INTERNATIONAL RECRUITMENT OF HEALTH PERSONNEL

Preamble

The Member States of the World Health Organization:

Recalling resolution WHA57.19 in which the World Health Assembly requested the Director-General to develop a voluntary code of practice on the international recruitment of health personnel in consultation with all relevant partners;

Responding to the calls of the Kampala Declaration adopted at the First Global Forum on Human Resources for Health (Kampala, 2–7 March 2008) and the G8 communiqués of 2008 and 2009 encouraging WHO to accelerate the development and adoption of a code of practice;

Conscious of the global shortage of health personnel and recognizing that an adequate and accessible health workforce is fundamental to an integrated and effective health system and for the provision of health services;

Deeply concerned that the severe shortage of health personnel, including highly educated and trained health personnel, in many Member States, constitutes a major threat to the performance of health systems and undermines the ability of these countries to achieve the Millennium Development Goals and other internationally agreed development goals;

Stressing that the WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel be a core component of bilateral, national, regional and global responses to the challenges of health personnel migration and health systems strengthening;

THEREFORE:

The Member States hereby agree on the following articles which are recommended as a basis for action.

Article 1 – Objectives

The objectives of this Code are:

- (1) to establish and promote voluntary principles and practices for the ethical international recruitment of health personnel, taking into account the rights, obligations and expectations of source countries, destination countries and migrant health personnel;
- (2) to serve as a reference for Member States in establishing or improving the legal and institutional framework required for the international recruitment of health personnel;
- (3) to provide guidance that may be used where appropriate in the formulation and implementation of bilateral agreements and other international legal instruments;

countries. Member States, in conformity with national legislation and applicable international legal instruments to which they are a party, should promote and respect fair labour practices for all health personnel. All aspects of the employment and treatment of migrant health personnel should be without unlawful distinction of any kind.

3.6 Member States should strive, to the extent possible, to create a sustainable health workforce and work towards establishing effective health workforce planning, education and training, and retention strategies that will reduce their need to recruit migrant health personnel. Policies and measures to strengthen the health workforce should be appropriate for the specific conditions of each country and should be integrated within national development programmes.

3.7 Effective gathering of national and international data, research and sharing of information on international recruitment of health personnel are needed to achieve the objectives of this Code.

3.8 Member States should facilitate circular migration of health personnel, so that skills and knowledge can be achieved to the benefit of both source and destination countries.

Article 4 – Responsibilities, rights and recruitment practices

4.1 Health personnel, health professional organizations, professional councils and recruiters should seek to cooperate fully with regulators, national and local authorities in the interests of patients, health systems, and of society in general.

4.2 Recruiters and employers should, to the extent possible, be aware of and consider the outstanding legal responsibility of health personnel to the health system of their own country such as a fair and reasonable contract of service and not seek to recruit them. Health personnel should be open and transparent about any contractual obligations they may have.

4.3 Member States and other stakeholders should recognize that ethical international recruitment practices provide health personnel with the opportunity to assess the benefits and risks associated with employment positions and to make timely and informed decisions.

4.4 Member States should, to the extent possible, under applicable laws, ensure that recruiters and employers observe fair and just recruitment and contractual practices in the employment of migrant health personnel and that migrant health personnel are not subject to illegal or fraudulent conduct. Migrant health personnel should be hired, promoted and remunerated based on objective criteria, such as levels of qualification, years of experience and degrees of professional responsibility on the basis of equality of treatment with the domestically trained health workforce. Recruiters and employers should provide migrant health personnel with relevant and accurate information about all health personnel positions that they are offered.

4.5 Member States should ensure that, subject to applicable laws, including relevant international legal instruments to which they are a party, migrant health personnel enjoy the same legal rights and responsibilities as the domestically trained health workforce in all terms of employment and conditions of work.

4.6 Member States and other stakeholders should take measures to ensure that migrant health personnel enjoy opportunities and incentives to strengthen their professional education, qualifications and career progression, on the basis of equal treatment with the domestically trained health workforce subject to applicable laws. All migrant health personnel should be offered appropriate induction and

(4) to facilitate and promote international discussion and advance cooperation on matters related to the ethical international recruitment of health personnel as part of strengthening health systems, with a particular focus on the situation of developing countries.

Article 2 – Nature and scope

2.1 The Code is voluntary. Member States and other stakeholders are strongly encouraged to use the Code.

2.2 The Code is global in scope and is intended as a guide for Member States, working together with stakeholders such as health personnel, recruiters, employers, health-professional organizations, relevant subregional, regional and global organizations, whether public or private sector, including nongovernmental, and all persons concerned with the international recruitment of health personnel.

2.3 The Code provides ethical principles applicable to the international recruitment of health personnel in a manner that strengthens the health systems of developing countries, countries with economies in transition and small island states.

Article 3 – Guiding principles

3.1 The health of all people is fundamental to the attainment of peace and security and is dependent upon the fullest cooperation of individuals and states. Governments have a responsibility for the health of their people, which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures. Member States should take the Code into account when developing their national health policies and cooperating with each other, as appropriate.

3.2 Addressing present and expected shortages in the health workforce is crucial to protecting global health. International migration of health personnel can make a sound contribution to the development and strengthening of health systems, if recruitment is properly managed. However, the setting of voluntary international principles and the coordination of national policies on international health personnel recruitment are desirable in order to advance frameworks to equitably strengthen health systems worldwide, to mitigate the negative effects of health personnel migration on the health systems of developing countries and to safeguard the rights of health personnel.

3.3 The specific needs and special circumstances of countries, especially those developing countries and countries with economies in transition that are particularly vulnerable to health workforce shortages and/or have limited capacity to implement the recommendations of this Code, should be considered. Developed countries should, to the extent possible, provide technical and financial assistance to developing countries and countries with economies in transition aimed at strengthening health systems, including health personnel development.

3.4 Member States should take into account the right to the highest attainable standard of health of the populations of source countries, individual rights of health personnel to leave any country in accordance with applicable laws, in order to mitigate the negative effects and maximize the positive effects of migration on the health systems of the source countries. However, nothing in this Code should be interpreted as limiting the freedom of health personnel, in accordance with applicable laws, to migrate to countries that wish to admit and employ them.

3.5 International recruitment of health personnel should be conducted in accordance with the principles of transparency, fairness and promotion of sustainability of health systems in developing

orientation programmes that enable them to operate safely and effectively within the health system of the destination country.

4.7 Recruiters and employers should understand that the Code applies equally to those recruited to work on a temporary or permanent basis.

Article 5 – Health workforce development and health systems sustainability

5.1 In accordance with the guiding principle as stated in Article 3 of this Code, the health systems of both source and destination countries should derive benefits from the international migration of health personnel. Destination countries are encouraged to collaborate with source countries to sustain and promote health human resource development and training as appropriate. Member States should discourage active recruitment of health personnel from developing countries facing critical shortages of health workers.

5.2 Member States should use this Code as a guide when entering into bilateral, and/or regional and/or multilateral arrangements, to promote international cooperation and coordination on international recruitment of health personnel. Such arrangements should take into account the needs of developing countries and countries with economies in transition through the adoption of appropriate measures. Such measures may include the provision of effective and appropriate technical assistance, support for health personnel retention, social and professional recognition of health personnel, support for training in source countries that is appropriate for the disease profile of such countries, twinning of health facilities, support for capacity building in the development of appropriate regulatory frameworks, access to specialized training, technology and skills transfers, and the support of return migration, whether temporary or permanent.

5.3 Member States should recognize the value both to their health systems and to health personnel themselves of professional exchanges between countries and of opportunities to work and train abroad. Member States in both source and destination countries should encourage and support health personnel to utilize work experience gained abroad for the benefit of their home country.

5.4 As the health workforce is central to sustainable health systems, Member States should take effective measures to educate, retain and sustain a health workforce that is appropriate for the specific conditions of each country, including areas of greatest need, and is built upon an evidence-based health workforce plan. All Member States should strive to meet their health personnel needs with their own human resources for health, as far as possible.

5.5 Member States should consider strengthening educational institutions to scale up the training of health personnel and developing innovative curricula to address current health needs. Member States should undertake steps to ensure that appropriate training takes place in the public and private sectors.

5.6 Member States should consider adopting and implementing effective measures aimed at strengthening health systems, continuous monitoring of the health labour market, and coordination among all stakeholders in order to develop and retain a sustainable health workforce responsive to their population's health needs. Member States should adopt a multisectoral approach to addressing these issues in national health and development policies.

5.7 Member States should consider adopting measures to address the geographical maldistribution of health workers and to support their retention in underserved areas, such as through the application of education measures, financial incentives, regulatory measures, social and professional support.

Article 6 – Data gathering and research

6.1 Member States should recognize that the formulation of effective policies and plans on the health workforce requires a sound evidence base.

6.2 Taking into account characteristics of national health systems, Member States are encouraged to establish or strengthen and maintain, as appropriate, health personnel information systems, including health personnel migration, and its impact on health systems. Member States are encouraged to collect, analyse and translate data into effective health workforce policies and planning.

6.3 Member States are encouraged to establish or strengthen research programmes in the field of health personnel migration and coordinate such research programmes through partnerships at the national, subnational, regional and international levels.

6.4 WHO, in collaboration with relevant international organizations and Member States, is encouraged to ensure, as much as possible, that comparable and reliable data are generated and collected pursuant to paragraphs 6.2 and 6.3 for ongoing monitoring, analysis and policy formulation.

Article 7 – Information exchange

7.1 Member States are encouraged to, as appropriate and subject to national law, promote the establishment or strengthening of information exchange on international health personnel migration and health systems, nationally and internationally, through public agencies, academic and research institutions, health professional organizations, and subregional, regional and international organizations, whether governmental or nongovernmental.

7.2 In order to promote and facilitate the exchange of information that is relevant to this Code, each Member State should, to the extent possible:

- (a) progressively establish and maintain an updated database of laws and regulations related to health personnel recruitment and migration and, as appropriate, information about their implementation;
- (b) progressively establish and maintain updated data from health personnel information systems in accordance with Article 6.2; and
- (c) provide data collected pursuant to subparagraphs (a) and (b) above to the WHO Secretariat every three years, beginning with an initial data report within two years after the adoption of the Code by the Health Assembly.

7.3 For purposes of international communication, each Member State should, as appropriate, designate a national authority responsible for the exchange of information regarding health personnel migration and the implementation of the Code. Member States so designating such an authority, should inform WHO. The designated national authority should be authorized to communicate directly or, as provided by national law or regulations, with designated national authorities of other Member States and with the WHO Secretariat and other regional and international organizations concerned, and to submit reports and other information to the WHO Secretariat pursuant to subparagraph 7.2(c) and Article 9.1.

7.4 A register of designated national authorities pursuant to paragraph 7.3 above shall be established, maintained and published by WHO.

Article 8 – Implementation of the Code

8.1 Member States are encouraged to publicize and implement the Code in collaboration with all stakeholders as stipulated in Article 2.2, in accordance with national and subnational responsibilities.

8.2 Member States are encouraged to incorporate the Code into applicable laws and policies.

8.3 Member States are encouraged to consult, as appropriate, with all stakeholders as stipulated in Article 2.2 in decision-making processes and involve them in other activities related to the international recruitment of health personnel.

8.4 All stakeholders referred to in Article 2.2 should strive to work individually and collectively to achieve the objectives of this Code. All stakeholders should observe this Code, irrespective of the capacity of others to observe the Code. Recruiters and employers should cooperate fully in the observance of the Code and promote the guiding principles expressed by the Code, irrespective of a Member State's ability to implement the Code.

8.5 Member States should, to the extent possible, and according to legal responsibilities, working with relevant stakeholders, maintain a record, updated at regular intervals, of all recruiters authorized by competent authorities to operate within their jurisdiction.

8.6 Member States should, to the extent possible, encourage and promote good practices among recruitment agencies by only using those agencies that comply with the guiding principles of the Code.

8.7 Member States are encouraged to observe and assess the magnitude of active international recruitment of health personnel from countries facing critical shortage of health personnel, and assess the scope and impact of circular migration.

Article 9 – Monitoring and institutional arrangements

9.1 Member States should periodically report the measures taken, results achieved, difficulties encountered and lessons learnt into a single report in conjunction with the provisions of Article 7.2(c).

9.2 The Director-General shall keep under review the implementation of this Code, on the basis of periodic reports received from designated national authorities pursuant to Articles 7.3 and 9.1 and other competent sources, and periodically report to the World Health Assembly on the effectiveness of the Code in achieving its stated objectives and suggestions for its improvement. This report would be submitted in conjunction with Article 7.2(c).

9.3 The Director-General shall:

- (a) support the information exchange system and the network of designated national authorities specified in Article 7;
- (b) develop guidelines and make recommendations on practices and procedures and such joint programmes and measures as specified by the Code; and

(c) maintain liaison with the United Nations, the International Labour Organization, the International Organization for Migration, and other competent regional and international organizations as well as concerned nongovernmental organizations to support implementation of the Code.

9.4 WHO Secretariat may consider reports from stakeholders as stipulated in Article 2.2 on activities related to the implementation of the Code.

9.5 The World Health Assembly should periodically review the relevance and effectiveness of the Code. The Code should be considered a dynamic text that should be brought up to date as required.

Article 10 – Partnerships, technical collaboration and financial support

10.1 Member States and other stakeholders should collaborate directly or through competent international bodies to strengthen their capacity to implement the objectives of the Code.

10.2 International organizations, international donor agencies, financial and development institutions, and other relevant organizations are encouraged to provide their technical and financial support to assist the implementation of this Code and support health system strengthening in developing countries and countries with economies in transition that are experiencing critical health workforce shortages and/or have limited capacity to implement the objectives of this Code. Such organizations and other entities should be encouraged to cooperate with countries facing critical shortages of health workers and undertake to ensure that funds provided for disease-specific interventions are used to strengthen health systems capacity, including health personnel development.

10.3 Member States either on their own or via their engagement with national and regional organizations, donor organizations and other relevant bodies should be encouraged to provide technical assistance and financial support to developing countries or countries with economies in transition, aiming at strengthening health systems capacity, including health personnel development in those countries.

Eighth plenary meeting, 21 May 2010
A63/VR/8

= = =

BIBLIOGRAPHIE

BUCHAN J. & DOVLO D. (2004) International Recruitment of Health Workers to the UK: A Report for DFID, London, DFID Health Systems Resource Centre, 45 pp.

CONNELL, J. (2001). The Migration of Skilled Health Personnel in the Pacific Region, Sydney, University of Sydney for the World Health Organization).

DAUE, F. & CRAINICH, D. (2008), Hoe gezond is de gezondheidssector in België, Itinera Institute, Brussel.

EUROPEAN COMMISSION (2001) The Free Movement of Workers in the Context of the Enlargement, Information note, 6 March, 43 pp.

EXPRESS MEDICAL & ZNA (2009) Persbericht: Oplossing voor tekort aan verpleegkundigen bij ZNA. Pilotproject van Express Medical om personeelstekort in gezondheidszorg op te vangen, Express Medical, Antwerpen.

FAINI, R. & VENTURINI A. (1994), Migration and Growth: The experience of Southern Europe ,Centro Studi Luca d'Angliano/Queen Elizabeth House Development Studies Working Papers no. 75, Turin/Oxford.

FEDERAAL PLANBUREAU (2000), Vergrijzing van de bevolkingen overheidsfinanciën: het federaal planbureau herinnert aan het belang van de extra demografische factoren, Short term Update 00-02, Perscommuniqué 19 mei 2000.

FISHER P & STRAUBHAAR TH. (1996), Is Migration into the EU countries demand based? In Corry D., Economics and European Union Migration Policy, London, Institute for Public Policy Research.

GEETS, J. (2008), Medisch en verpleegkundig personeel met buitenlands diploma in België: een kwantitatieve en kwalitatieve verkenning, CEMIS, UA, Antwerpen.

HENNEMAN, J. (2010), "Verpleegsters op bestelling" in De Tijd, 9 januari 2010.

ILO (2001), World Employment Report 2001, ILO, Genève.

JANSSENS, A. (2009), Een (personeels-)psychologisch perspectief op de instroom van immigranten in de gezondheidszorg. Beschrijving

van de problematiek en exploratie van optimaliseringspraktijken, masterproef, KULeuven.

KHADRIA B. (1999), *The Migration of Knowledge Workers: Second Generation Effects of India's Brain Drain*, Sage, New Delhi – thousand Oaks – Londen.

MARTIN PH. & TAYLOR J. (1996), 'The anatomy of a migration hump'. in OECD, *Development strategies, Employment and Migration: Insights from models*, Paris.

OECD (2002), *International Mobility of the Highly Skilled*, OESO, Parijs. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations (2000), *Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations*, ESA/P/WP.160 21 maart 2000, Verenigde Naties.

OECD (2007), *International Migration Outlook 2007*, Paris, OECD.

OECD (2008), *The looming crisis of the health workforce: How can OECD countries respond?*

PACOLET, J. & MERCKX, S. (2006), *Managed Migration and the Labour Market. The Health Sector. The Belgian case*, Report prepared for the European Migration Network, 62 p.

PACOLET, J. (2010), *Hoe lang zullen wij werken? Zeven jaren langer? Over vergrijzing en de arbeidsmarkt*, HIVA, Leuven.

POPULATION DIVISION, DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, UNITED NATIONS (2000), *Replacement Migration: Is it a Solution to Declining and Ageing Populations*, ESA/P/WP.160 21 march 2000, United Nations.

ROBERFROID, D., STORDEUR, S. CAMBERLIN, C. VAN DE VOORDE, C., VRIJENS F. & LÉONARD, C. (2008), *Het aanbod van artsen in België: huidige toestand en uitdagingen*, HSR, KCE, Brussel.

SAFUTA, A. & BAETEN, R. (2010), *Belgium: a small country with permeable borders*, OSE, Brussel.

STALKER P. (2000), *Workers without Frontiers. The Impact of Globalisation on International Migration*, Lynne Rienner/ILO, Boulder, Colorado/Londen.

STARK O. & WANG Y. (2001), *Inducing Human Capital Formation: Migration as a Substitute for Subsidies*, Institute for Advanced Studies, Vienna, Economics Series No. 100.

UNDP (2001), *Human Development Report 2001*, Oxford University Press, New York / Oxford, 264 pp.

UNDP, *Human Development Report 1992*, Oxford University Press, Oxford, 1992, p 57 en 66.

VAN LAECKE, F. (2010), "Toelichting over het actieplan rond de werkgelegenheid in de zorgsector", presentatie op de Expertbijeenkomst Internationale Rekrutering, georganiseerd door Assist, 24 juni 2010, Sint-Niklaas.

WETS J., MEIREMAN K. & DE BRUYN T. (2004), Migrantengemeenschappen. Partners in het ontwikkelingsbeleid? Onderzoek naar de complementariteit van migrantentransfers en de officiële ontwikkelingssamenwerking, Onderzoek in opdracht van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR), HIVA, Leuven, 63 pp.

WETS J. (2001), "Hersenvlucht vanuit het Zuiden. Hoe ermee omgaan?" in Vervleit E. (Red.) Braindrain of braingain? Grijze cellen uit het Zuiden. Noordzuid Cahier jg 25 nr. 3, Brussel, Wereldwijd Mediahuis, pp. 55 – 65.

MIGRANTENGEMEENSCHAPPEN. Partners in het ontwikkelingsbeleid? Onderzoek naar de complementariteit van migrantentransfers en de officiële ontwikkelingssamenwerking, Onderzoek in opdracht van de Vlaamse Interuniversitaire Raad (VLIR), HIVA, Leuven, 63 pp. WHO (2006), World Health Report 2006: Working Together for Health. Genève, World Health Organization.

WILSON D. & PURUSHOTHAMAN R. (2003), Global Economics Paper No. 99: "Dreaming with BRICs: The Path to 2050".



Fondation
Roi Baudouin

Agir ensemble pour une société meilleure

www.kbs-frb.be

Vous trouverez davantage
d'informations au sujet de nos projets,
de nos manifestations et
de nos publications sur www.kbs-frb.be.

Une lettre d'information électronique
vous tient au courant.

Vous pouvez adresser vos questions
à info@kbs-frb.be ou au 070-233 728

Fondation Roi Baudouin,
rue Brederode 21, B-1000 Bruxelles
tél. 02-511 18 40, fax 02-511 52 21

Les dons de 40 euros ou plus versés
sur notre compte
IBAN: BE10 0000 0000 0404 –
BIC: BPOTBEB1 sont
fiscalement déductibles.

La Fondation Roi Baudouin est une fondation indépendante et pluraliste au service de la société. Nous voulons contribuer de manière durable à davantage de justice, de démocratie et de respect de la diversité. Chaque année, la Fondation soutient financièrement quelque 1.400 organisations et individus qui s'engagent pour une société meilleure. Les thèmes sur lesquels nous travaillons sont : la pauvreté & justice sociale, la démocratie en Belgique, la démocratie dans les Balkans, le patrimoine, la philanthropie, la santé, le leadership, l'engagement local, la migration, le développement, les partenariats ou soutiens exceptionnels. La Fondation a vu le jour en 1976, à l'occasion des 25 ans de règne du roi Baudouin.

Nous travaillons en 2011 avec un budget de départ de 30 millions d'euros. Grâce à l'importante dotation annuelle de la Loterie Nationale, aux Fonds ouverts par des individus, des associations et des entreprises ainsi qu'aux nombreux dons et legs, ce montant augmente en cours d'année. La Fondation a ainsi clôturé ses comptes en 2010 sur un montant de 69.500.000€.

Le Conseil d'administration de la Fondation Roi Baudouin trace les grandes lignes de notre action et assure la transparence de notre gestion. Une soixantaine de collaborateurs sont chargés de la mise en œuvre. La Fondation opère depuis Bruxelles et est active au niveau belge, européen et international. En Belgique, elle mène aussi bien des projets locaux que régionaux et fédéraux.

Pour réaliser notre objectif, nous combinons diverses méthodes de travail. Nous soutenons des projets de tiers, lançons nos propres actions, stimulons la philanthropie et constituons un forum de débats et réflexions. Les résultats sont diffusés par l'entremise de différents canaux de communication. La Fondation Roi Baudouin collabore avec des pouvoirs publics, des associations, des ONG, des centres de recherche, des entreprises et d'autres fondations. Nous avons un partenariat stratégique avec le European Policy Centre, une cellule de réflexion basée à Bruxelles.

