



Commission  
européenne



Examen par les pairs  
en matière de  
protection sociale  
et d'inclusion sociale

Remédier aux pénuries de  
**professionnels de soins  
de santé de longue  
durée** grâce à des **politiques  
d'immigration** systématiques

RAPPORT DE SYNTHÈSE

Allemagne, 23-24 octobre 2013

La présente publication a été soutenue financièrement dans le cadre du programme de l'UE pour l'emploi et la solidarité sociale PROGRESS (2007-2013).

Ce programme est mis en œuvre par la Commission européenne. Il a été établi pour appuyer financièrement la poursuite des objectifs de l'Union européenne dans les domaines de l'emploi, des affaires sociales et de l'égalité des chances , et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de la stratégie Europe 2020 dans ces domaines.

Le programme, qui s'étale sur sept ans, s'adresse à toutes les parties prenantes susceptibles de contribuer à façonner l'évolution d'une législation et de politiques sociales et de l'emploi appropriées et efficaces dans l'ensemble de l'UE-27, des pays de l'AELE-EEE ainsi que des pays candidats et pré-candidats à l'adhésion à l'UE.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter : <http://ec.europa.eu/progress>

# Remédier aux pénuries de professionnels de soins de santé de longue durée grâce à des politiques d'immigration systématiques

GIOVANNI LAMURA, CARLOS CHIATTI, FRANCESCO  
BARBABELLA ET MIRKO DI ROSA

INSTITUT NATIONAL ITALIEN DE REPOS ET DE SOINS POUR LES PERSONNES  
ÂGÉES (INRCA), ITALIE

## RAPPORT DE SYNTHÈSE

**Commission européenne**

Direction générale de l'emploi, des affaires sociales et de l'inclusion  
Manuscrit terminé en février 2014

Le présent rapport a été élaboré pour la Commission européenne par :



© Illustration en couverture: Union européenne

Ni la Commission européenne ni aucune personne agissant au nom de la Commission ne sont responsables de l'usage qui pourrait être fait des informations contenues dans cette publication.

Pour de plus amples informations sur les examens par les pairs, veuillez consulter :  
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=fr>.

*Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses  
aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.*

Un numéro unique gratuit (\*):  
**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* Les informations sont fournies à titre gracieux et les appels sont généralement gratuits  
(sauf certains opérateurs, hôtels ou cabines téléphoniques).

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa(<http://europa.eu>).

Une fiche catalographique figure à la fin de l'ouvrage.

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne, 2014

ISBN 978-92-79-36215-6

ISSN 1977-8015

doi: 10.2767/91774

© Union européenne, 2014

Reproduction autorisée, moyennant mention de la source.

# Table des matières

Résumé	5
A. Le contexte européen	7
B. La politique du pays hôte examinée	13
C. Politiques et expériences des pays pairs	16
D. Principales questions examinées pendant la réunion	23
E. Conclusions et enseignements	25
F. Contribution de l'examen par les pairs à la stratégie Europe 2020 et au «paquet investissements sociaux»	28
Références	30





# Résumé

Le présent rapport fait la synthèse des principaux éléments de l'examen par les pairs consacré au rôle des politiques de migration pour remédier aux pénuries de personnel que connaissent les États membres dans le secteur des soins de longue durée (SLD). Il donne un aperçu des problématiques analysées dans le document de discussion introductif et examinées lors de la réunion tenue les 23 et 24 octobre 2013 à Berlin.

La Partie A du rapport concerne le **contexte européen**. Elle souligne tout d'abord la nécessité d'un cadre conceptuel exhaustif pour parvenir à des stratégies intégrées prenant en compte les domaines d'action en matière de migrations, de SLD et de marché du travail; les points de vue des pays sources et des pays de destination; et les niveaux macro (sociétal), méso (organisationnel) et micro (individuel). Cette première partie se penche sur la distinction juridique entre travailleurs ressortissants de l'UE et travailleurs ressortissants de pays tiers, sur les dispositions légales permettant d'embaucher des travailleurs SLD de pays tiers (carte bleue et partenariats pour la mobilité, par exemple) et sur la contribution d'autres initiatives européennes en la matière telles que le «groupe de travail sur l'âge», l'action conjointe relative à la planification du personnel de santé initiée dans le cadre du Plan d'action pour le personnel du secteur de santé au sein de l'UE, la réforme en cours du Portail européen sur la mobilité de l'emploi (EURES) et le «paquet investissements sociaux» (SIP). La Partie A du rapport rappelle pour terminer les grands principes définis par le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

La Partie B décrit la **politique du pays hôte (Allemagne)** dans ce domaine en fournissant tout d'abord des informations de base à propos des évolutions actuelles de la démographie et du marché du travail. Elle donne un aperçu des principaux aspects politiques, culturels, éthiques et linguistiques à prendre en compte lors de l'embauche de personnel SLD dans le pays, et examine ensuite la question du coût du recrutement et des frais connexes. Elle s'achève par une synthèse des principales perspectives politiques en jeu.

Un résumé des principales **politiques et expériences des pays participant à l'examen par les pairs** constitue la Partie C, qui illustre les tendances communes et les approches distinctes selon une même structure analytique s'articulant autour d'aspects tels que l'existence de pénuries de personnels SLD; les stratégies utilisées pour éviter les problèmes de fourniture de soins aux personnes âgées dans les pays dont les migrants sont originaires; l'amélioration de la reconnaissance mutuelle des qualifications en matière de SLD; la promotion d'une «intégration» dans les pays de destination ou d'un retour dans les pays d'origine; et la recherche d'une plus grande égalité des chances entre les hommes et les femmes.

Les **points essentiels examinés lors de la réunion** font l'objet de la Partie D. L'une des grandes préoccupations communes concerne le faible prestige et le statut peu valorisant du travail dans le secteur des SLD ainsi que la nécessité d'adopter une stratégie globale de recrutement des personnels LSD conforme au Code de pratique mondial de l'OMS. Les participants à l'examen se sont également intéressés aux stratégies visant à réduire la discordance entre les attentes des personnels de santé migrants et la situation «réelle» qu'ils rencontrent dans les pays de destination. La problématique hommes-femmes, les mécanismes de financement, les avantages et inconvénients des migrations circulaires,

temporaires et permanentes ainsi que de nouvelles options stratégiques – les partenariats globaux pour la formation proposés par la Banque mondiale, par exemple – sont autant de questions qui ont également été abordées lors de la réunion.

Les **principaux enseignements** tirés du processus d'examen par les pairs (Partie E) conduisent à penser que la priorité devrait aller à terme à une prestation des SLD par une main-d'œuvre nationale. En cas de pénuries temporaires de personnel, le Code de pratique de l'OMS s'avère une référence essentielle – bien que perfectible – à prendre en compte lors de la modélisation de cadres conceptuels en matière d'offre et de demande de SLD, afin d'y inclure systématiquement le point de vue des pays d'origine. Les participants se sont également penchés sur d'éventuelles stratégies horizontales et/ou verticales de substitution de personnel – lesquelles requièrent toutefois une classification plus précise des tâches et professions relevant spécifiquement des SLD – ainsi que sur le rôle de la formation et de l'éducation pour atténuer l'impact négatif des migrations liées aux SLD. Après une série de considérations portant spécifiquement sur la situation de l'Allemagne, la dernière partie du rapport met en évidence la contribution du présent examen par les pairs à la stratégie Europe 2020 (Partie F).





## A. Le contexte européen

La question de savoir si la migration doit ou non contribuer – et, dans l’affirmative, selon quelles modalités – à remédier aux pénuries en matière de prestation de soins de longue durée (SLD) est une problématique complexe qui requiert un cadre conceptuel exhaustif pour l’élaboration de mesures respectant toutes les parties concernées<sup>1</sup>. Gérer le travail migrant dans le secteur des SLD requiert tout d’abord d’intervenir parallèlement dans trois domaines d’action au moins, à savoir les migrations, les SLD et le marché du travail. Cette gestion implique deuxièmement une capacité d’évaluation de l’impact de différentes options stratégiques tant sur les pays d’origine que sur les pays de destination. Elle doit s’attacher enfin à recenser les opportunités et les défis au niveau macro (mondial, européen ou national), méso (entreprise, organisation ou réseau social) et micro (individuel).

Si l’on distingue au plan international deux approches principales – l’approche active ou gérée (autrement dit qui tente de contrôler les flux migratoires) et l’approche passive ou non gérée (autrement dit qui tente de s’y adapter) – la politique de l’UE se fonde strictement pour sa part sur la **différentiation juridique entre flux migratoires entre États membres et flux migratoires en provenance de pays tiers**, en particulier pour ce qui concerne l’accès au marché du travail et la reconnaissance des qualifications professionnelles. Dans le premier cas, la libre circulation des travailleurs des États membres à l’intérieur de l’Union constitue un chapitre fondamental de l’acquis communautaire; elle est régie par l’article 45 du traité sur le fonctionnement de l’UE et fait en sorte qu’aucun permis spécial de travail n’est requis pour ces travailleurs, qui peuvent également compter en principe sur une reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles<sup>2</sup>. L’accès des travailleurs originaires de pays tiers hors UE (à savoir de pays situés hors de l’Espace économique européen – EEE – ou non signataires d’accords bilatéraux) aux marchés du travail de pays individuels de l’UE est soumis en revanche à une réserve d’examen de la part du pays d’accueil (en d’autres termes, ce pays conserve le droit de vérifier si des travailleurs nationaux sont disponibles avant d’accorder à des travailleurs étrangers un permis de travail sur son propre marché).

Des **mesures nationales de recrutement** sont en outre possibles dans le cadre juridique fixé par les initiatives européennes ci-après, qui insistent toutes sur l’importance d’un recrutement éthique, surtout lorsqu’il s’agit de secteurs particulièrement exposés au risque d’une fuite des cerveaux – ce qui est le cas du secteur des soins de longue durée:

- **la directive «carte bleue»** (2009/50/EC) (<http://apply.eu/>): cette mesure vise à attirer des migrants hautement qualifiés par l’instauration d’une procédure accélérée harmonisée et de critères communs (à savoir un contrat de travail, des qualifications professionnelles et un niveau salarial minimum) pour la délivrance d’un permis spécial de séjour et de travail appelé «la carte bleue européenne». Adoptée en mai 2009,

<sup>1</sup> Pour une analyse plus approfondie des questions soulevées dans le présent rapport de synthèse, le lecteur est invité à consulter le document de discussion rédigé par Lamura et al. (2013) sur <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11116&langId=en>

<sup>2</sup> Les seules exceptions encore en vigueur sont les restrictions transitoires imposées par certains pays aux ressortissants de Croatie (potentiellement jusqu’en 2020), étant donné que ce pays a adhéré à l’UE en 2013 seulement et que les autres États membres peuvent appliquer ces restrictions pendant une période transitoire.



cette carte est axée sur la demande et a une durée de validité d'un à trois ans basée sur un contrat de travail renouvelable;

- **la directive «permis unique»** (2011/98/EU): adoptée en décembre 2011, cette directive vise à créer un ensemble de droits pour des travailleurs issus de pays tiers en séjour régulier dans un État membre de l'UE. Elle prévoit une procédure de demande unique pour l'obtention d'un permis unique de résidence et de travail, et confère à tous les travailleurs ressortissants de pays tiers un socle de droits dans une série de domaines clés (conditions de travail, éducation, formation professionnelle, reconnaissance des diplômes, sécurité sociale, avantages fiscaux, accès aux biens/services et logement), de manière à leur permettre de changer d'emploi en fonction de la demande de main-d'œuvre, en ce compris des emplois dans le secteur des SLD;
- **les partenariats européens pour la mobilité**: il s'agit d'accords bilatéraux offrant un cadre concret au dialogue et à la coopération entre États membres de l'UE et pays hors de l'UE dans trois grands domaines: la migration légale; la migration et le développement; et la lutte contre la migration clandestine (la pondération entre ces différents éléments étant fonction des besoins des pays concernés). Les priorités propres à chaque partenariat pour la mobilité sont définies au travers de déclarations politiques conjointes (signées par l'UE, les États membres de l'UE intéressés et des pays partenaires); elles peuvent comprendre des initiatives de projets spécifiques et des actions concrètes. N'étant pas juridiquement contraignants, les partenariats sont un instrument ouvert et flexible pouvant être adapté aux besoins des pays partenaires et inclure en principe une facilitation de l'obtention de visas et des accords de réadmission. Les personnels de santé peuvent faire l'objet de partenariats de ce type, comme ce fut le cas du partenariat pour la mobilité signé en 2008 entre la Moldavie, l'UE et plusieurs États membres de l'Union<sup>3</sup>. Parmi ses principaux éléments figurent un accord sur la mobilité des travailleurs conclu avec l'Italie; une série de mesures destinées à faciliter la migration de retour assistée et volontaire et à remédier aux répercussions négatives de la migration sur les mineurs et les familles laissées au pays; et la mise en œuvre du programme EU-Moldavie de facilitation de visas et de réadmission.

Il convient d'analyser les mesures susmentionnées dans le cadre élargi de la stratégie générale **Europe 2020**, qui vise à créer les conditions d'un schéma de croissance plus intelligent, plus durable et plus inclusif (Commission européenne, 2010). Cette stratégie s'articule autour de cinq grands objectifs à réaliser d'ici la fin de la décennie dans les domaines de l'éducation, de la recherche et de l'innovation, de l'inclusion sociale et de la réduction de la pauvreté, du changement climatique et de l'énergie, et de l'emploi. Dans ce dernier domaine en particulier, l'UE ambitionne de **parvenir à un taux d'emploi de 75 % parmi la population âgée de 20 à 64 ans**. La Commission européenne a lancé par ailleurs, afin de relever les défis socioéconomiques liés au taux élevé du chômage et à l'évolution démographique, un **«paquet Emploi»** (Commission européenne 2012a, 2012b, 2012c) proposant une série de mesures clés destinées à soutenir la création d'emploi, à rétablir la dynamique des marchés du travail, à améliorer la gouvernance de l'UE et à accélérer la portabilité des droits à pension. Le secteur des soins de santé est spécifiquement désigné comme l'un des secteurs générateurs d'emploi dont le potentiel doit être exploité.

<sup>3</sup> Allemagne, Bulgarie, Chypre, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lituanie, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Sloveenie, Slovaquie et Suède. L'accord est disponible sur [http://eeas.europa.eu/delegations/moldova/documents/eu\\_moldova/joint\\_declaration\\_2008\\_en.pdf](http://eeas.europa.eu/delegations/moldova/documents/eu_moldova/joint_declaration_2008_en.pdf)



Parmi les initiatives phares de la stratégie Europe 2020 figure en outre une **Stratégie pour les nouvelles compétences et les nouveaux emplois**, qui présente une série d'actions concrètes en vue d'accroître la flexibilité et la sécurité sur le marché du travail («flexicurité»); de doter les citoyens des compétences professionnelles voulues; d'améliorer la qualité des emplois; d'assurer de meilleures conditions de travail; et de promouvoir des conditions propices à la création d'emplois. Ces mesures se conjuguent avec une série d'initiatives et programmes supplémentaires institués par l'UE dans les domaines connexes que sont les migrations et les SLD; il convient de citer plus particulièrement à cet égard:

1. Le **groupe de travail sur l'âge** qui, mis en place par le Comité de la protection sociale<sup>4</sup> (SPC WG AGE), prépare actuellement un rapport spécifiquement consacré aux SLD sur la base du document de travail des services de la Commission élaboré en 2013; ce rapport devrait être transmis au Comité de la protection sociale début 2014. Il analysera les grands défis à relever par le secteur des SLD en termes de collecte de données, d'évolutions démographiques, de profils de dépendance, de tendances financières et – point particulièrement pertinent ici – de pénuries de ressources humaines. Avec pour mot d'ordre «faire plus (et mieux) avec moins de ressources», le rapport s'attachera à montrer comment l'UE peut contribuer à relever ces défis, en particulier pour ce qui concerne les stratégies axées sur la promotion de la prévention et de la réhabilitation, sur le renforcement des capacités de vie autonome et sur l'amélioration du rapport qualité/prix de la prestation de SLD grâce à une meilleure utilisation des ressources existantes (y compris les ressources humaines) et à l'intégration des TIC dans la chaîne de cette prestation.
2. Le **«Plan d'action pour le personnel du secteur de santé au sein de l'UE»**, adopté en 2012 par la Commission européenne dans le cadre de l'ensemble de mesures instaurées au titre de la communication *Vers une reprise génératrice d'emplois* (COM (2012) 173 final) pour encourager l'emploi et la croissance économique en Europe (Commission européenne 2012). Le Plan d'action, dont la mise en œuvre incombe à la direction générale Santé et consommateurs (DG SANCO) de la Commission européenne, vise à aider les États membres à relever ces défis et à trouver des pistes pour favoriser la coopération européenne et le partage d'exemples de bonnes pratiques; il veut contribuer ainsi à une meilleure planification et prévision des effectifs dans le secteur de la santé, à une anticipation des besoins futurs en termes de compétences et à un recrutement et un maintien plus efficaces des professionnels de santé tout en atténuant les effets négatifs des migrations sur les systèmes de santé par l'instauration de règles éthiques en matière de recrutement international.

Le Plan d'action comporte notamment une **Action conjointe relative à la planification du personnel de santé** (JAHWP – Joint Action on Health Workforce Planning) (<http://euhwforce.weebly.com/>) destinée à expérimenter une plateforme de

<sup>4</sup> Le Comité de la protection sociale (CPS) est un comité à caractère consultatif institué par le traité sur le fonctionnement de l'UE (article 160), qui a pour mission: 1) de suivre la situation sociale et l'évolution des politiques de protection sociale dans les États membres et dans l'Union et d'élaborer des rapports sur l'inclusion sociale, les soins de santé, les soins de longue durée et les retraites dans le cadre de la méthode ouverte de coordination (MOC); et 2) de faciliter la discussion et la coordination des approches entre les autorités nationales et la Commission. Le CPS prépare les débats du Conseil sur la protection sociale et sur les recommandations par pays dans le contexte du semestre européen. Il rédige également des rapports et des avis, soit de sa propre initiative, soit à la demande du Conseil ou de la Commission (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=fr>).



collaboration et d'échanges entre États membres de l'UE. Initiée en avril 2013 avec une clôture prévue en 2016, la JAHWP regroupe les 28 États membres de l'Union sous la coordination du ministère belge de la Santé. Les principaux résultats escomptés sont une contribution à l'amélioration de la collecte et de l'analyse des données relatives à la mobilité des personnels de santé grâce à une plus grande capacité paneuropéenne d'évaluer les besoins futurs de compétences, à la mise à disposition de lignes directrices ad hoc et à l'impulsion de mesures au travers d'un réseau consolidé couvrant l'ensemble de l'UE. Une information de base a été rassemblée à cette fin dans le cadre d'une étude détaillée de faisabilité publiée en 2012 (Matrix Insight 2012).

On peut encore citer au titre d'initiatives pertinentes relevant du Plan d'action pour le personnel du secteur de santé au sein de l'UE:

- **deux appels d'offres lancés dans le cadre du programme de santé 2013** de l'Agence exécutive pour la santé et les consommateurs (EAHC) (<http://ec.europa.eu/eahc/health/>): l'un porte sur le recensement et l'examen des possibilités de «formation continue et d'apprentissage tout au long de la vie pour les professionnels de santé» au sein de l'UE, et l'autre sur la définition de stratégies en vue de leur «recrutement et maintien efficaces»;
- **une étude de faisabilité concernant la mise en place au niveau de l'UE d'un «conseil sectoriel pour l'évaluation des compétences dans le domaine des soins et de l'accompagnement»<sup>5</sup>** pour jeter les bases d'un futur conseil sectoriel européen par le développement d'un consensus sur l'objet, les activités et le mandat d'un conseil sectoriel de ce type, et par une collaboration avec les parties prenantes concernées ([www.skillsfor nursingandcare.eu](http://www.skillsfor nursingandcare.eu));
- **un premier projet pilote «Alliance sectorielle pour les compétences» (SSA)<sup>6</sup> visant à promouvoir un module européen de formation dans le domaine des soins aux aînés:** le projet EFEC (ECVET<sup>7</sup> For Elderly Care) a été retenu pour l'exécution en 2013-2014 de toute une série d'activités visant à améliorer la comparabilité, la transparence et la reconnaissance mutuelle des qualifications dans six pays partenaires (Allemagne, Estonie, Finlande, Italie, Lituanie et Royaume-Uni) et à faire appliquer les principes de l'ECVET dans les soins et l'accompagnement des aînés ([www.ecvetforec.eu](http://www.ecvetforec.eu));
- **un atelier consacré à l'examen des qualifications et de la formation des aides-soignants**, organisé par le réseau pilote des éducateurs et régulateurs en sciences infirmières ([www.hca-network.eu](http://www.hca-network.eu)).

<sup>5</sup> Les conseils sectoriels sont des plateformes qui, mises en place au niveau des secteurs, permettent aux acteurs concernés de se faire une idée de l'évolution probable des besoins en effectifs et en qualifications et d'étayer ainsi l'élaboration de mesures dans – ou pour – le secteur.

<sup>6</sup> Une alliance sectorielle pour les compétences est un nouveau type de partenariat transnational destiné à promouvoir la coopération entre trois catégories de partenaires: des prestataires de formation professionnelle; des acteurs du secteur, y compris des partenaires sociaux, des fédérations sectorielles, des chambres de commerce, etc.; et des organisations et autorités publiques ou privées impliquées dans le système d'éducation et de formation ([http://ec.europa.eu/education/calls/s0112\\_en.htm](http://ec.europa.eu/education/calls/s0112_en.htm)).

<sup>7</sup> ECVET: Système européen de crédits d'apprentissage pour l'enseignement et la formation professionnels.



3. Les **Services européens de l'emploi (EURES)**: institué en 1993<sup>8</sup>, EURES est un réseau européen pour la mobilité de l'emploi regroupant la Commission européenne et les Services publics de l'emploi (SPE) des pays de l'EEE ainsi que des organisations de partenaires sociaux. Il a pour mission de gérer les échanges d'informations concernant les offres et les demandes d'emplois ainsi que les conditions de vie et de travail, et de faciliter la coopération entre ses membres et parties prenantes – contribuant ainsi au développement d'un marché du travail européen, y compris la migration journalière transfrontalière. La nouvelle conception du «Portail européen sur la mobilité de l'emploi» EURES (<https://ec.europa.eu/eures/>) devrait améliorer la plateforme d'embauche et de placement au niveau européen, comme indiqué dans le *Pacte pour la croissance et l'emploi* (Conseil européen 2012), et favoriser ainsi la mobilité des ressortissants de l'UE tout en étayant la gestion des migrations économiques en provenance de pays tiers dans le secteur des SLD. Le nouveau système se concentrera sur les résultats en termes d'emploi et sur l'amélioration de la coopération entre services publics et privés de l'emploi (via l'accréditation nationale des seconds pour garantir les mêmes normes de qualité), afin de renforcer leur capacité de soutien aux programmes spécifiquement axés sur la mobilité au niveau de l'UE (à la fois ceux qui sont initiés et exécutés à l'échelon national et ceux qui sont initiés par la Commission européenne). Un mécanisme d'ajustement plus puissant sera ainsi mis en place pour remédier aux pénuries de main-d'œuvre et de compétences qui coexistent avec un chômage élevé et améliorer l'allocation des ressources et la compétitivité de l'économie européenne conformément aux exigences de la stratégie Europe 2020.
4. Dans le cadre de l'Action conjointe relative à la planification du personnel de santé, un **atelier** est actuellement organisé pour **partager des exemples de bonnes pratiques et faciliter l'application du Code de pratique mondial de l'OMS** (voir ci-après pour de plus amples informations), tandis que la direction générale Développement et coopération Europeaid (Commission européenne) finance un projet spécifique intitulé «**Health workers for all**» qui réunit, sous coordination néerlandaise, huit ONG en vue de mieux faire connaître le Code auprès des décideurs des pays d'origine des professionnels de santé ([www.healthworkers4all.eu/](http://www.healthworkers4all.eu/)).
5. Le «**paquet investissements sociaux**» (**SIP**): adopté en février 2013 par la Commission européenne au moyen de sa communication «Investir dans le domaine social en faveur de la croissance et de la cohésion» (COM (2013) 83 final) et étayé par un document de travail des services de la Commission concernant les défis et options dans le domaine des SLD (Commission européenne 2013b), le SIP recense plusieurs défis en matière de politiques sociales, en ce compris le vieillissement démographique et la contraction de la population en âge de travailler. Le SIP présente entre autres des exemples de la manière dont les défis liés aux SLD peuvent être relevés grâce à une prévention, une réhabilitation et un environnement «ami des aînés», et à l'instauration d'une prestation plus efficace des soins. Il aborde brièvement la pénurie de personnel

<sup>8</sup> La base juridique actuelle d'EURES découle du règlement (CEE) n° 1612/68 du Conseil relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de la Communauté, maintenant codifié comme règlement n° 492/2011 du 5 avril 2011, deuxième partie (de la mise en contact et de la compensation des offres et des demandes d'emploi), qui a déjà fait l'objet d'une réforme en 1992. Le règlement fixe l'obligation pour les États membres d'échanger des informations concernant les offres et les demandes d'emploi non satisfaites au niveau national. La décision n° 2003/8/CE de la Commission du 22 décembre 2002 a mis en œuvre le règlement n° 1612/68 susmentionné en définissant les objectifs, la composition et la gouvernance du réseau EURES.



de santé et de SLD en suggérant la possibilité de mesures nationales d'incitation pour impulser «les emplois en blouse blanche» et améliorer les conditions de travail dans ce secteur. Les Fonds structurels et d'investissement européens – en particulier le Fonds social européen (FSE), le Programme de l'UE pour l'emploi et l'innovation sociale (EaSI) 2014-2020 et le Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD) – peuvent jouer un rôle important dans la mise en œuvre de la stratégie définie dans le «paquet investissements sociaux».

Outre les initiatives lancées ou soutenues par l'UE, il convient de tenir compte lors de l'élaboration de mesures dans ce domaine du **Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé** (OMS 2010). Il s'agit de l'une des tentatives les plus exhaustives d'instauration d'un cadre garantissant un recrutement international éthique des personnels de santé. Le Code reconnaît, d'une part, le droit des personnes de bénéficier de soins de santé répondant aux normes les plus élevées en veillant à un accès équitable aux soins à la fois dans les pays de destination des migrants et dans leurs pays d'origines, et d'autre part, le droit des individus d'émigrer, tout en suggérant des moyens d'atténuer les effets négatifs des migrations et d'en optimiser les effets positifs, en particulier dans les pays d'origine. Les principales recommandations du Code portent sur (OMS 2010):

1. le recrutement éthique des personnels de santé en provenance de pays en développement (en le décourageant lorsqu'il risque d'y entraîner des pénuries de personnels de santé);
2. la durabilité des systèmes de santé (en affirmant que les pays doivent prioritairement répondre à leurs besoins de personnels de santé au moyen de leurs propres ressources humaines);
3. le traitement équitable des personnels migrants de santé à toutes les étapes (formation, recrutement, carrière);
4. la collaboration entre pays de destination et pays d'origine afin de parvenir à des avantages mutuels;
5. l'aide technique et financière aux pays en développement;
6. l'amélioration de la collecte de données et de l'échange d'informations (en vue d'une mise en œuvre efficace du Code).



## B. La politique du pays hôte examinée

### Toile de fond

Dans beaucoup de pays de l'UE, les évolutions démographiques se traduisent par une diminution de la population en âge de travailler et une augmentation du nombre de personnes âgées nécessitant des SLD. Dans plusieurs États membres, parmi lesquels l'Allemagne, il devient difficile de répondre à la demande de personnels de santé en recourant uniquement aux effectifs nationaux qualifiés – la reconversion professionnelle de femmes, de personnes âgées et de personnes sans emploi n'étant pas considérée comme suffisante à cet égard – ou en procédant à des gains de compétitivité supplémentaires au niveau des organisations d'accompagnement et de soins. Le recrutement à l'étranger de personnels de santé qualifiés – même s'il ne peut s'agir d'une stratégie autonome durable pour contrer les tendances actuelles à la contraction de la population active (Peschner & Fotakis 2013) – pourrait compenser partiellement au moins les pénuries de personnels et apporter des avantages au secteur des SLD dans les pays de destination comme dans les pays d'origine lorsque ces derniers connaissent un excédent de main-d'œuvre dans ce secteur.

### Différentiation juridique entre États membres de l'UE et pays hors UE

Il existe des différences juridiques fondamentales entre pays de l'UE et pays tiers pour ce qui concerne l'accès des migrants au marché du travail et la reconnaissance de leurs qualifications professionnelles. Dans le cas des États membres de l'Union, aucun permis de travail particulier n'est plus requis et la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles est acquise<sup>9</sup>. Dans le cas de pays tiers (à savoir de pays situés hors de l'Espace économique européen – EEE – ou non signataires d'accords bilatéraux), l'accès aux marchés du travail d'États membres particuliers de l'UE est soumis à une réserve d'examen de la part du pays d'accueil. Les politiques nationales en matière de recrutement sont conformes aux initiatives politiques prises à l'échelon de l'UE («carte bleue européenne» ou accords commerciaux entre l'UE et des pays tiers, par exemple) ou se fondent sur des négociations bilatérales (partenariats européens pour la mobilité notamment).

13

### Aspects politiques, culturels, éthiques et linguistiques

Plusieurs facteurs interviennent de façon déterminante dans le recrutement de personnels SLD en Allemagne. L'existence de plus de 3 millions de chômeurs n'empêche pas de fortes pénuries de personnels de santé, en régions rurales surtout, en dépit des mesures d'activation adoptées ces dernières années et de la suppression de la réserve d'examen en 2011. Il semble que l'opinion publique allemande soit plus favorable aujourd'hui qu'il y a quelques années au recrutement de travailleurs étrangers dans le secteur des SLD, même

<sup>9</sup> À partir de janvier 2014, les seules exceptions en vigueur sont les restrictions imposées de manière discrétionnaire par les États membres aux ressortissants de Croatie (potentiellement jusqu'en 2020), étant donné que les restrictions encore imposées aux Bulgares et aux Roumains sont arrivées à expiration en décembre 2013.



si l'expérience des *Gastarbeiter* («travailleurs invités») menée entre 1955 et 1973 ne s'est pas avérée totalement concluante.

Des réserves culturelles persistent néanmoins dans l'opinion publique, face notamment au nombre important de médecins étrangers dans les hôpitaux (dans certaines cliniques éloignées d'Allemagne orientale, ils constituent la majorité du corps médical). Cette réticence peut poser problème au niveau de la relation de confiance entre professionnels de santé et patients ainsi qu'en termes d'acceptation par le public de l'idée que des postes clés du secteur de la santé pourraient être attribués à des étrangers. Il convient de prendre en compte également l'impact du contexte culturel des migrants eux-mêmes: c'est ainsi par exemple que l'appartenance religieuse peut avoir une forte incidence sur la propension – des femmes en particulier – à travailler dans le secteur (Pastore & Tenaglia 2013).

Le questionnement éthique quant aux effets du recrutement porte avant tout sur le risque d'épuiser les ressources des systèmes de santé des pays d'origine et de compromettre les investissements en éducation qui y ont été consentis. Il est utile à cet égard de faire la distinction entre le recrutement de personnels qualifiés et le recrutement d'arrivants non formés, dans la mesure où la seconde stratégie<sup>10</sup> pourrait apporter une réponse positive à certaines interrogations éthiques au moins.

La langue pose fréquemment, elle aussi, un problème pratique car les tâches d'accompagnement et de soins ne peuvent être valablement exécutées qu'à condition qu'il existe une communication «suffisante» entre le prestataire et le patient. Le niveau des aptitudes linguistiques requises est un élément important du coût initial.

## Coût du recrutement et frais connexes

Les programmes dûment gérés en matière de migrations sont onéreux. Une préparation intensive propre à chaque pays et sensible à sa culture s'impose en effet, de même qu'une supervision des projets de migration structurée.

Dans certains projets pilotes menés en Allemagne (BfG 2013) avec expérimentation de modèles de participation aux frais, ces coûts supplémentaires ont été principalement couverts par les recettes fiscales générales du gouvernement fédéral. Il conviendrait d'envisager à l'avenir des solutions à caractère davantage structurel – les employeurs des pays de destination prenant en charge une partie des coûts ainsi que, si nécessaire, les salariés étrangers eux-mêmes. Un modèle basé sur un crédit et développé dans le cadre de ces projets pilotes a permis de financer une partie du coût de la préparation par un remboursement proportionnel à effectuer sur la rémunération future. Une attention toute particulière doit être accordée aux aspects juridiques de l'égalité de traitement des travailleurs.

Il convient de garder un autre élément à l'esprit, en particulier dans une perspective de long terme pour ce qui concerne la migration circulaire: il s'agit des frais de retour associés

<sup>10</sup> On peut citer ici l'exemple du projet TAPiG (Transformationspartnerschaft im Gesundheitswesen) à l'intention des personnels de santé tunisiens à Hambourg. Pour de plus amples informations, voir les sites [www.projekt-tapig.de](http://www.projekt-tapig.de) (en allemand) et [www.coe.int/t/dg4/cultureheritage/culture/Cities/meetings/Pecs/BirteStellerHWC-TAPiG-programme.pdf](http://www.coe.int/t/dg4/cultureheritage/culture/Cities/meetings/Pecs/BirteStellerHWC-TAPiG-programme.pdf) (en anglais).





aux programmes d'aide aux migrants temporaires qui sont mis en place dans le cadre de politiques en faveur du développement des pays d'origine (McLoughlin and Münz 2011).

## Perspectives politiques

Il conviendrait de remédier aux pénuries de personnel dans le secteur des SLD en adoptant une stratégie exhaustive qui facilite l'accès au marché du travail dans ce secteur grâce à une amélioration des pratiques de recrutement, de la reconnaissance des qualifications, et de la formation et du maintien dans l'emploi du personnel SLD au niveau national. Lorsqu'une stratégie de ce type n'est pas (encore) en place ou n'a pas encore donné les résultats escomptés – comme l'illustrent les pénuries actuelles de personnel SLD en Allemagne et dans d'autres pays de l'UE – le recrutement international durable de ce type de personnel doit tenir dûment compte de la situation des pays sources potentiels afin de ne pas risquer d'y provoquer de «fuites des cerveaux» (*brain drain*) ou de «fuites des prestataires de soins» (*care drain*). Une telle stratégie de recrutement doit prendre en considération les effets à court comme à long terme.

Si des pays sources caractérisés par une structure d'âge plus jeune et des taux de chômage élevés peuvent paraître «idéaux» à cet égard, ceux qui connaissent à la fois des pénuries de personnel et un chômage important, en raison de contraintes économiques par exemple, doivent être examinés avec soin car une migration permanente pourrait aggraver les pénuries de personnel lors de la reprise économique. Un effort accru s'impose au niveau de l'UE pour parvenir à une reconnaissance harmonisée des qualifications dans le secteur des SLD, comme c'est déjà le cas pour les professionnels de santé au titre de la directive 2005/36/CE. Des programmes pilotes de formation à l'intention des travailleurs du secteur des SLD pourraient être conjointement mis en place à cette fin par différents États membres afin de tester la faisabilité du développement d'un parcours commun de qualification professionnelle.

Des initiatives plus systématiques à l'échelon de l'UE doivent être lancées d'urgence pour réglementer et superviser le rôle des agences de recrutement transnational, afin de supprimer les abus et le trafic de travailleurs actuellement observés dans certains pays.

En résumé, pour créer une situation durable concrétisant un triple objectif (*triple-win*), le recrutement de personnels de soins devrait viser à: (a) réduire les pénuries de personnels dans les pays de destination; (b) diminuer le chômage dans les pays sources; (c) améliorer les qualifications professionnelles des migrants jeunes; (d) faciliter et promouvoir les migrations circulaires entre pays de destination et pays sources; et (e) lutter contre le risque d'accroissement de l'écart entre hommes et femmes en termes d'égalité des chances et d'égalité de traitement.

## C. Politiques et expériences des pays pairs

Tous les pays pairs connaissent un vieillissement de leur population. La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus est en hausse et, selon les prévisions, va continuer d'augmenter – ce qui implique un accroissement de la demande de SLD. La Commission européenne a adressé dès 2013 des recommandations spécifiques à un certain nombre de pays concernant la croissance et l'emploi dans la perspective des objectifs de la stratégie Europe 2020; ces recommandations portaient sur certains aspects des SLD, des soins de santé et de la protection sociale<sup>11</sup>. Des experts de pays pairs ont été invités à faire un bilan succinct de la situation actuelle pour ce qui concerne la pénurie de travailleurs qualifiés dans le secteur des SLD, et à préciser si la migration pourrait constituer une solution adéquate pour y remédier. Les informations rassemblées concernaient en outre des stratégies destinées à:

1. éviter que les «pays de départ» se heurtent à des difficultés pour satisfaire aux exigences de soins de leur propre population vieillissante;
2. améliorer la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles en matière de SLD;
3. promouvoir «l'intégration» dans les pays de destination ou aider au retour dans les pays sources;
4. assurer une meilleure égalité des chances entre hommes et femmes.

L'expérience rapportée par les pays consultés peut être résumée comme suit:

16

### Belgique

En Belgique, les personnes prestant des SLD peuvent être réparties en deux grandes catégories: les professionnels de santé (médecins, infirmiers/infirmières et aides-soignants) et les aides familiales. La pénurie se situe principalement au niveau des professionnels de santé (médecins généralistes et personnel infirmier). Trois solutions possibles sont généralement avancées pour y remédier: (1) rendre l'emploi plus attrayant; (2) mettre en œuvre une politique active de recrutement dans le pays; et (3) recruter du personnel à l'étranger. Les options stratégiques adoptées à ce jour en Belgique relèvent surtout des deux premières solutions (Wets 2011). La proportion de travailleurs migrants est faible mais en progression: les hôpitaux et les maisons de repos (à Bruxelles principalement) confrontés à une pénurie de personnel engagent des effectifs migrants par l'intermédiaire d'agences de recrutement. Ces dernières années, la majorité des infirmiers/infirmières migrants sont venus de France, des Pays-Bas, du Portugal, de Roumanie, de Pologne et d'Espagne. En 2007, le ministère de la Santé a accordé 208 licences de pratique de SLD à des ressortissants de l'UE, et 1 169 en 2012. La Belgique ne pratique pas de politique officielle de recrutement systématique de personnel par le biais de la migration, mais elle a signé le Code de pratique mondial de l'OMS et elle applique la législation européenne relative à la reconnaissance mutuelle des qualifications. En Belgique, les femmes forment la majorité du personnel prestant des SLD: des mesures ont été prises au niveau fédéral

<sup>11</sup> Les recommandations de la Commission européenne peuvent être consultées sur [http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_fr.htm)



pour promouvoir l'égalité des chances hommes-femmes, mais aucune de ces mesures ne porte directement sur la migration dans le secteur des SLD.

## Croatie

Les SLD ne sont pas considérés en Croatie comme un domaine particulier de risque social et ne constituent pas un secteur distinct: ils s'inscrivent dans le contexte plus large des mesures de protection sociale soumises à des conditions de ressources. Le 22 février 2013, le parlement croate a voté une politique migratoire active pour la période 2013-2015 (Journal officiel n° 27/13), mais elle n'est pas spécifiquement liée aux SLD. Un système de quota est en place pour ce qui concerne les permis de travail: il définit les activités et professions ouvertes à l'emploi de migrants ainsi que le nombre de permis de travail qui seront délivrés chaque année pour chacune de ces activités et professions. Le quota de nouveaux permis de travail avait été fixé à 289 en 2013, dont 15 dans le secteur des soins de santé. En ce qui concerne les personnels de SLD, le nombre de professionnels occupés dans le secteur formel est relativement peu élevé en raison de la faible couverture des services croates de SLD. La Croatie n'a pas encore développé de modèle explicite, systématique et doté d'une perspective à long terme pour l'intégration des travailleurs migrants ou l'apport d'une aide en vue d'un retour dans leur pays d'origine. De même, le gouvernement n'a pas encore élaboré de programme destiné à faire augmenter le nombre de prestataires de SLD (ressortissants nationaux ou étrangers) ou à améliorer leur niveau de compétence, bien que des experts et des analystes aient fait part depuis un certain temps de la nécessité d'agir dans ce sens (Rusac et al. 2012). La grande majorité des travailleurs croates du secteur des SLD, que ce soit dans le cadre d'institutions ou d'un emploi privé dans des familles, sont des femmes – lesquelles sont généralement payées moins que les hommes et davantage exposées au risque de pauvreté. Il convient de signaler néanmoins que la proportion de femmes sur le marché du travail croate a connu une hausse permanente au cours des vingt dernières années (Topolčić 2008).

## Espagne

L'adoption en décembre 2006 de la loi relative à la promotion de l'autonomie personnelle et au soutien des personnes en situation de dépendance a marqué un tournant pour les SLD en Espagne. Elle est en effet à l'origine d'une longue liste de prestations à l'intention des personnes dans cette situation qui fait une distinction entre services, d'une part, et prestations en espèces, d'autre part. Quant aux qualifications en matière de prestation de soins, la loi fixe différents niveaux en ce qui concerne les soins formels tandis que des possibilités de formation sont offertes aux soignants informels (aidants proches le plus souvent) en sus des allocations en espèces qu'ils reçoivent pour prestation de soins. L'Espagne est redevenue un pays de destination pour les migrants vers le milieu des années 1970. À l'heure actuelle cependant, la crise économique suscite des mouvements importants de retour des migrants vers leurs pays d'origine ainsi que l'apparition d'un mouvement croissant et diversifié d'émigration au départ de l'Espagne, en particulier parmi les jeunes hautement qualifiés en quête de meilleures perspectives de carrière. En ce qui concerne le secteur des SLD, les services formels ne connaissent actuellement pas de pénurie de personnel, mais l'immigration a permis de répondre depuis 2000 à la forte demande de main-d'œuvre dans toute une série de secteurs, y compris les soins aux aînés. Des accords

bilatéraux entre pays ont été conclus en matière de permis de séjour et de travail. Les entreprises prestataires de SLD ont dû prendre en charge les frais de voyage et de logement à court terme, et ont instauré des engagements mutuels, y compris en ce qui concerne la formation. Le pays compte aujourd'hui un nombre important de migrants travaillant à tous les échelons du secteur des SLD, et en qualité d'infirmiers et soignants surtout. Certains d'entre eux ont suivi des formations organisées par le ministère espagnol de l'Éducation ou une formation continue organisée par des prestataires de SLD, des programmes mis en œuvre via des ONG et cofinancés par le FSE et le gouvernement espagnol. De nombreuses femmes migrantes (plus de 70 %) sont employées par des ménages privés, beaucoup d'entre elles étant sans doute en situation irrégulière. Il est obligatoire depuis 2010 d'engager les gens sur la base de contrats légaux, ce qui a donné lieu à une légère hausse du nombre de migrants régularisés. De façon générale, la réponse aux pénuries de personnels de SLD et leur maintien dans l'emploi, qu'ils soient originaires d'États membres de l'UE ou de pays tiers, passe par la formation pour gérer le choc culturel éventuel de part et d'autre. Une stratégie de promotion de la migration circulaire pourrait être instaurée sur la base du principe «intégration et retour» plutôt que «intégration ou retour» car les deux processus sont complémentaires et peuvent concerner la même personne au cours de sa vie.

## Grèce

En dépit de l'augmentation régulière de la population vieillissante, les services publics de soins à domicile ne couvrent, en Grèce, que 5,6 % des personnes âgées car l'accompagnement et les soins aux aînés n'ont jamais bénéficié au titre des politiques publiques de la même priorité que la garde et les soins relatifs aux enfants. Ce faible taux de prestation formelle de services – exception faite d'allocations en espèces – est largement compensé par les soignants familiaux et un nombre important de travailleurs migrants. Les familles emploient fréquemment des soignantes émigrées, principalement en provenance des Balkans et d'Europe orientale, qui travaillent surtout sur le marché clandestin. Les répercussions de la crise économique font que l'emploi de main-d'œuvre étrangère a progressivement diminué, en raison essentiellement de l'offre fortement accrue de travailleurs nationaux par suite du chômage important parmi les ressortissants helléniques et les ressortissants de pays tiers résidant déjà légalement dans le pays. Une autre procédure destinée à attirer une main-d'œuvre hautement qualifiée a été récemment mise en place (en vertu de la loi 4071/2012): elle ambitionne d'améliorer la capacité d'attirer et de garder des travailleurs hautement qualifiés en provenance de pays tiers par (a) l'adoption de conditions d'admission flexibles pour les travailleurs hautement qualifiés; (b) l'instauration d'une procédure d'admission rapide et flexible pour les candidats; et (c) la création de conditions de séjour attrayantes pour ces travailleurs et leurs familles, y compris une aide à ceux qui souhaitent aller s'installer dans un autre État membre (dispositions en matière de mobilité intra-UE). La mise en place de cette procédure n'a guère donné de bons résultats en ce qui concerne les professionnels du secteur des SLD, puisque les employeurs de ce secteur n'ont formulé aucune demande de travailleurs hautement qualifiés.

## Hongrie

L'augmentation du nombre de personnes âgées conjuguée au recul de l'âge de la retraite pour les femmes constitue le grand défi à relever par le secteur hongrois des SLD. Le nombre



de migrants affiche une progression lente mais régulière, en provenance principalement de pays abritant d'importantes communautés hongroises: la Roumanie, l'Ukraine et les pays de l'ex-Yougoslavie notamment. Le gouvernement octroie depuis 2010 la double nationalité aux membres de ces minorités hongroises d'outre-frontières. Par ailleurs, l'émigration a fortement augmenté l'année dernière puisque 85 000 citoyens environ ont émigré vers l'Allemagne, l'Autriche, le Royaume-Uni, la Suède et le Canada. Les motifs invoqués sont notamment le chômage élevé et le marasme économique. Pour mettre fin à la «fuite des cerveaux», dans le secteur des soins de santé en particulier, le gouvernement a adopté une législation disposant que les étudiants suivant un enseignement supérieur financé par l'État doivent signer une déclaration par laquelle ils s'engagent à travailler en Hongrie lorsqu'ils seront diplômés. Une «stratégie de migration» a en outre été adoptée pour soutenir les minorités hongroises et promouvoir l'intégration. La question du recrutement à l'étranger de travailleurs qualifiés pour les SLD n'a pas réellement posé problème dans le secteur formel de ce type de soins en Hongrie car il s'agit d'un secteur qui n'attire pas les ressortissants nationaux en raison du faible niveau de rémunération qui y est pratiqué. Des soignants migrants sont de plus en plus souvent employés comme aidants pour des personnes âgées, mais on ne sait pas grand-chose de cette main-d'œuvre. En ce qui concerne la perspective de genre, les migrants travaillant dans des ménages privés sont généralement des femmes d'âge moyen faiblement rémunérées.

## Pologne

Il ressort des chiffres disponibles qu'il y a déjà pénurie d'effectifs s'occupant de personnes âgées et de personnel infirmier prestant des SLD. Ces derniers sont traditionnellement assurés par les familles, et plus particulièrement par des femmes âgées de 50 ans et plus. Le système d'aide sociale met plusieurs services à la disposition des aînés, à savoir des services sociaux (assistance dans les tâches quotidiennes) ou des services sociaux spéciaux (services de soins pour les personnes handicapées qui requièrent une aide supplémentaire de la part d'un personnel médical ou soignant qualifié). Afin de promouvoir le concept du vieillissement actif et en bonne santé, et de donner aux citoyens la possibilité de rester productifs le plus longtemps possible, la Pologne a adopté un programme gouvernemental 2012-2013 pour la participation sociale des seniors. Ce programme comporte un volet complémentaire, en l'occurrence le projet de politique à long terme en faveur des seniors en Pologne (2014-2020), qui définit les domaines prioritaires dans lesquels des mesures doivent être prises au cours des quelques prochaines années. Il s'agit des domaines suivants: vie autonome et en bonne santé, participation sociale des aînés, emploi, solidarité intergénérationnelle et «économie des seniors». La Commission européenne a recommandé en outre que la Pologne procède à une réévaluation de ses politiques en matière de dépenses publiques afin de mieux cibler les politiques sociales et d'améliorer le rapport coût-efficacité des dépenses dans le secteur des soins de santé. La participation croissante des femmes au marché du travail et la «défamilialisation» progressive des tâches de soins sont à l'origine de la création de nombreux services d'aide à domicile, prestés le plus souvent de manière informelle (à la fois par des ressortissants nationaux et par des ressortissants étrangers) et sans exigence de qualification formelle. Le faible prestige et la faible rémunération associés à ces emplois font que ce créneau attire souvent des femmes migrantes – ukrainiennes pour la plupart (Kindler, 2012). La Pologne n'est toujours pas, par rapport à d'autres pays de l'UE, une destination attrayante pour les migrants, surtout s'ils sont hautement qualifiés. Or

l'économie polonaise a besoin de migrants. Des mesures visant à promouvoir une migration circulaire plutôt que permanente ont un rôle important à jouer dans cette perspective.

## Roumanie

L'augmentation du nombre de femmes occupant un emploi et la diminution du nombre de familles élargies par suite de l'émigration des jeunes vont accroître le besoin de ressources humaines pour prester des SLD dans le pays. La Roumanie est actuellement confrontée à une pénurie majeure de services institutionnalisés pour les raisons suivantes: (1) le faible nombre de personnes désireuses de suivre une formation en vue de ce type d'emploi; (2) le manque de motivation financière; (3) la précarité professionnelle; (4) la non-reconnaissance par la société de l'importance de ce type d'emploi; (5) la différence de structure salariale entre le personnel médical travaillant en hôpital et celui relevant de centres d'aide sociale; (6) l'absence de réglementation explicite concernant la répartition des responsabilités de financement des services sociaux entre le budget national, les budgets locaux et les bénéficiaires; et (7) l'offre croissante d'emplois bien payés dans le secteur des SLD dans les pays européens plus avancés. Les soins à domicile sont considérés comme la mesure la plus efficace en ce qui concerne les aînés à charge parce qu'ils coûtent moins cher que les soins en institutions et parce qu'ils ont la préférence des intéressés eux-mêmes, lesquels souhaitent conserver leur autonomie et leur réseau social. La plupart des proches aidants sont des femmes qui, souvent âgées elles-mêmes, pourraient également devenir dépendantes (Popa 2010). L'immigration n'est pas une solution en Roumanie, étant donné qu'il s'agit d'un «pays de départ» et que rares sont les migrants en provenance d'autres pays qui arrivent en Roumanie avec des compétences et les qualifications professionnelles les habilitant à prester des SLD. Il conviendrait de se concentrer à plus long terme sur des stratégies visant à encourager le retour des émigrés dans leur pays d'origine.

20

## Slovaquie

La législation slovaque ne contient aucune définition des SLD. La responsabilité du contrôle des soins et des services en la matière incombe à la fois au ministère du Travail, des affaires sociales et de la famille, et au ministère de la Santé. Les qualifications des soignants, à l'inverse des qualifications en soins infirmiers réglementées au niveau de l'UE, sont définies dans la législation nationale. Les emplois de soignants sont mal rémunérés et, en dépit d'une demande croissante, de nombreux emplois de ce type disparaissent chaque année du marché slovaque par manque de fonds publics suite à la crise économique et les fortes restrictions budgétaires. La décision de s'engager dans ce métier est également dictée par la crise, mais avec une motivation différente: beaucoup de femmes, issues en particulier de régions caractérisées par la persistance d'un taux de chômage élevé, n'ont d'autre choix que d'émigrer en qualité de soignantes qualifiées vers des pays où ce type d'emploi est davantage demandé et mieux rémunéré, et où les assurances sociales assurent une couverture financière plus importante et plus stable des soins. Une stratégie globale de recrutement dans le secteur des SLD devrait comporter non seulement des mesures axées sur les politiques en matière de migration, de langue et de SLD, mais également des mesures axées sur les politiques du marché du travail (y compris la réglementation et la surveillance des pratiques de recrutement des agences de placement); des mesures dans les secteurs financiers et bancaires des pays d'origine et de destination afin de



faciliter le recours aux voies officielles de transfert, notamment en ce qui concerne les envois de fonds aux familles restées au pays; des mesures axées sur le logement, la santé et la formation continue; et un ensemble plus large de mesures axées sur les valeurs culturelles et civiques. L'emploi de travailleurs migrants dans le secteur des SLD devient une problématique d'actualité en raison de la pénurie de personnel soignant et infirmier local, et d'une inquiétude grandissante quant à la capacité de suivre l'augmentation de la demande de soins. La Slovaquie ne devrait pas connaître de pénurie de soins privant de nombreux aînés de l'aide sociale dont ils ont besoin – un résultat qui doit beaucoup aux efforts déployés pour que les SLD soient assurés par les proches.

## Slovénie

La Slovénie est un pays d'immigration nette et, en ce qui concerne les services de santé et de SLD, les travailleurs étrangers sont principalement originaires des pays de l'ex-Yougoslavie (SORS 2013) – une situation qui s'explique non seulement par la proximité géographique, mais également par des similitudes culturelles et linguistiques qui facilitent l'emploi de travailleurs étrangers dans des fonctions de service. Dans le domaine des soins de santé, une part importante du personnel médical de niveau moyen (infirmiers/infirmières, techniciens médicaux) est originaire de Serbie, tandis que de nombreux médecins étrangers viennent de Croatie. Il n'empêche que, de manière générale, la proportion de travailleurs étrangers dans les services médicaux et sociaux slovènes est largement inférieure à la moyenne de l'UE. Le système slovène de SLD formels fait actuellement l'objet d'une forte réglementation, en ce qui concerne plus particulièrement les conditions de qualification et de rémunération. C'est l'une des difficultés rencontrées par les travailleurs étrangers qui souhaitent obtenir un emploi dans des services de SLD, et l'une des raisons pour lesquelles le nombre de personnes étrangères travaillant dans le secteur formel des SLD est peu élevé. Une autre difficulté réside dans l'absence, en Slovénie, d'une stratégie exhaustive en matière d'emploi de travailleurs étrangers dans le secteur des SLD. Les besoins de ce type de services augmentent (services locaux en particulier) parallèlement aux pénuries de main-d'œuvre annoncées dans différents secteurs économiques, y compris les SLD. Il se peut également que la situation démographique de la Slovénie se dégrade à l'avenir si l'émigration s'accélère. La promotion de la migration circulaire semble être l'option politiquement la plus acceptable pour le moment; elle pourrait se développer sous la forme d'accords bilatéraux entre la Slovénie et d'autres pays de l'ex-Yougoslavie.

## Suède

Pays géographiquement étendu avec une population peu nombreuse et vieillissante, la Suède a opté pour une stratégie ouverte et flexible en matière de migration de main-d'œuvre (OCDE 2011). Le système suédois de SLD se caractérise par des prestations formelles de haut niveau essentiellement financées par l'État. La Suède est parvenue à ce jour à répondre à la demande de personnel SLD en recourant partiellement à des migrants. Il est important de souligner ici qu'il ne s'agit pas d'une migration de main-d'œuvre en tant que telle mais de migrants venus en Suède pour des raisons non professionnelles (besoin de protection, regroupement familial ou formation, par exemple). Aucune limite quantitative ou qualitative n'est fixée en ce qui concerne l'immigration de travailleurs – le principe général étant que cette immigration doit être dictée par les besoins de recrutement des employeurs, quel

que soit le niveau de qualification. La Suède s'efforce également depuis quelques années de resserrer les liens entre politique de migration et politique de l'emploi. La Commission européenne lui a néanmoins recommandé d'intensifier ses efforts en vue de mieux intégrer sur le marché du travail les jeunes peu qualifiés et les personnes issues de l'immigration en adoptant des mesures plus fermes et davantage ciblées pour améliorer la demande de travailleurs appartenant à ces groupes et leur aptitude à l'emploi. Les personnes nées à l'étranger sont légèrement surreprésentées dans le secteur des SLD. Des mesures axées sur la reconnaissance des compétences et l'intensification de la formation professionnelle s'imposent si la Suède veut valoriser pleinement le potentiel de la population migrante. Le niveau élevé des exigences est considéré comme le principal obstacle pour les immigrants dont la formation formelle en SLD et/ou les aptitudes linguistiques sont insuffisantes, aussi bien lorsqu'ils recherchent un emploi que lorsqu'ils veulent suivre des formations. Dans le but de promouvoir l'intégration, des mesures ont été instituées pour offrir la possibilité aux migrants ayant travaillé légalement pendant quatre ans et ayant contribué ainsi à l'économie suédoise de demander un permis de séjour permanent. De même, des mesures connexes visent à assurer l'inclusion des travailleurs migrants sur le marché du travail et au sein de la société. L'immigration de main-d'œuvre en Suède étant régie par la demande plutôt que par l'État, il n'existe pas de politique spécifiquement destinée à créer une égalité des chances entre hommes et femmes immigrés dans le secteur des SLD, où les femmes représentent 90 % environ des effectifs.





## D. Principales questions examinées pendant la réunion

- Le premier thème abordé par les participants lors de la réunion traduit une préoccupation commune, à savoir que **le faible statut du travail dans le secteur des SLD** – rémunération peu élevée, conditions de travail déplaisantes et/ou peu valorisantes et image peu prestigieuse – est l'un des principaux éléments qui découragent, voire dissuadent, les candidats éventuels d'entreprendre ou de poursuivre une carrière dans ce secteur. Le relèvement du statut et l'amélioration des conditions de travail des soignants migrants apparaissent dès lors prioritaires. Le Code de pratique mondial de l'OMS (2010) a mobilisé à de nombreuses reprises l'attention des participants, dans la perspective plus particulière de la manière d'en inclure les grands principes dans **une stratégie exhaustive de recrutement de personnels SLD**. Le débat s'est plus spécifiquement attaché à définir de quelle manière ce type d'approche peut garantir que le recrutement de personnel médical et soignant en provenance de pays situés hors de l'UE peut bénéficier à toutes les parties concernées: les pays d'origine, les pays destinataires et les travailleurs eux-mêmes.
- En ce qui concerne ce dernier groupe, à savoir les migrants travaillant dans le secteur des SLD, un point particulier a été soulevé lors de la réunion concernant **un décalage éventuel entre les attentes de ces travailleurs et la situation dans les pays d'accueil** (en terme de conditions de travail, de tâches de soins à effectuer et de niveau salarial, mais également en termes de conditions de vie et d'intégration dans la société locale). Une connaissance du contexte culturel et de la culture professionnelle du pays de destination s'avère ici indispensable pour éviter des malentendus de part et d'autre, voire des échecs de recrutement dans le pays d'accueil. Les participants ont examiné à cet égard, d'une part, les aspects à inclure dans un «dossier d'orientation» destiné à préparer les soignants migrants avant qu'ils quittent leur pays d'origine et, d'autre part, l'aide dont ils devraient bénéficier à leur arrivée dans le pays d'accueil. Un échange explicite de vues entre pays de départ et pays de destination concernant les modalités de financement de ces besoins doit être prévu bien avant le recrutement proprement dit.
- Un thème connexe – tout en étant, de toute évidence, plus étroitement lié au contexte professionnel des SLD – concerne la persistance de difficultés en matière de **reconnaissance mutuelle des qualifications et des compétences entre pays de destination et pays d'origine**, en particulier lorsque ces derniers sont situés hors de l'UE. Les participants ont particulièrement insisté sur la nécessité de prévoir, au cas où les qualifications et compétences des soignants migrants recrutés ne sont pas pleinement reconnues, des possibilités adéquates de formation à leur intention pour combler les lacunes éventuelles.
- Un autre point important concerne les **mécanismes de financement** nécessaires à garantir que les programmes de recrutement international de personnel soignant se déroulent dans le respect des orientations et principes éthiques convenus au plan international. Il est essentiel de préciser dans quelles circonstances ces programmes autorisent ou visent une **migration circulaire, temporaire ou permanente** du personnel soignant ou des étudiants concernés. L'une des stratégies clés pour assurer le caractère mutuellement avantageux de ces programmes consiste à améliorer les

conditions de travail dans les pays d'origine, de sorte que les migrants voudront y retourner. Une autre option – qui fait actuellement l'objet d'une évaluation par la Banque mondiale – consiste à créer des **partenariats globaux pour la formation** basés sur la mise en place dans les pays de départ des migrants de centres de formation répondant aux normes des pays de destination où les étudiants pourraient aller travailler à l'issue de leur formation. Le financement serait assuré par les pays d'accueil – ce système leur coûtant moins cher que s'ils organisaient eux-mêmes la formation – et les pays de départ y trouveraient leur compte au travers de l'amélioration de leur système et de leur infrastructure de formation.

- Enfin, la question de la dimension de **genre** de la migration dans le secteur des SLD a été soulevée à des multiples reprises au cours de la réunion. Les participants ont insisté sur la nécessité d'interventions spécifiques pour garantir l'égalité des chances lors de la mise en œuvre de mesures dans ce domaine, et pour lutter en particulier contre les multiples risques d'emploi sous-payé et non déclaré, et contre les risques d'exploitation et d'abus qui y sont associés (absence de soins de santé appropriés ou exclusion linguistique et sociale, par exemple).



## E. Conclusions et enseignements

- L'un des grands messages issus de l'examen par les pairs est qu'il faut chercher prioritairement, à terme, à **contenir la demande de SLD et à mettre en place une prestation adéquate de services de soins basée sur la main-d'œuvre nationale**. Cet objectif exige de ne ménager aucun effort pour rendre les emplois liés aux SLD plus attrayants au plan national. Il convient en particulier de mettre à disposition un accompagnement et des soins à domicile plus performants en termes pratiques et techniques, mais également d'apprendre à mieux connaître les besoins et les attentes des personnes âgées et d'améliorer l'image de l'ensemble des professions (médicales et non médicales) associées à la prestation de SLD.
- Étant donné que des pénuries de personnels de soins peuvent survenir à court terme – en raison de «l'identité culturelle» traditionnelle de pays particuliers et de son incidence sur le positionnement de ces pays en termes de division internationale du travail – la migration peut être envisagée comme une solution politiquement viable pour autant qu'elle se déroule dans des conditions éthiquement acceptables. Elle doit, en d'autres termes, **prendre notamment en compte les lignes directrices contenues dans le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé (2010)**. Si certaines suggestions formulées dans ce contexte peuvent s'avérer discutables, en particulier pour ce qui concerne la mise en œuvre pratique d'indicateurs spécifiques pour l'identification de pays «vulnérables» (à savoir des pays au départ desquels aucun recrutement international ne devrait intervenir dans le secteur des soins), il convient en l'occurrence de ne pas remettre en question l'ensemble des principes définis par les lignes directrices mais de faire des propositions concrètes en vue d'améliorer celles-ci. Une autre remarque dans le même sens porte sur la nécessité de définir des moyens adéquats permettant aux autorités régionales, nationales et/ou internationales d'intervenir en cas de pratiques de recrutement contraires à l'éthique de la part d'entreprises privées (et non de pays), lesquelles pourraient sortir du champ d'application des lignes directrices de l'OMS.
- Un autre enseignement tiré de l'examen par les pairs concerne la nécessité d'**inclure explicitement les pays potentiellement sources de migrants lors de l'élaboration des cadres conceptuels relatifs aux SLD**. Ces cadres se concentrent généralement sur la dynamique de l'offre et de la demande au plan national et négligent l'incidence multidimensionnelle des flux migratoires concernés sur les pays de départ. Il devient extrêmement urgent à l'heure de la mondialisation d'élaborer et d'appliquer des cadres conceptuels qui associent les théories et données relatives au secteur des SLD avec celles qui reflètent précisément la nature des migrations. Cette démarche permettrait de prendre davantage en compte et d'inscrire dans la rencontre des cultures effectivement en jeu certains aspects négligés à ce jour et pourtant essentiels des mesures et interventions, tels que la protection sociale transnationale, la préparation interculturelle et le suivi des tâches professionnelles des migrants en matière de soins.
- L'examen par les pairs a également réclamé une **classification plus précise des tâches et professions relevant spécifiquement des SLD**. Fondée sur une approche intégrée et axée sur les usagers, une meilleure différenciation entre professions médicales (médecins, personnel infirmier et autre personnel de soins, par exemple), sociales et propres aux SLD (travailleurs sociaux, aidants à domicile,

personnel de maisons de soins, etc.) permettrait en effet de définir plus exactement les tâches et compétences, et d'étayer ainsi les efforts de planification des personnels de santé au niveau national par l'instauration de stratégies de substitution d'effectifs à la fois «horizontales» (à savoir entre professionnels généralistes et spécialisés au même échelon: soins en hôpitaux versus soins à domicile/résidentiels) et «verticales» (à savoir entre professionnels de soins à différents échelons), comme le suggère également l'OCDE (Ono et al. 2013). La pertinence d'une telle démarche découle de la nature interdisciplinaire des besoins de soins exprimés par les aînés fragiles, tels des besoins à connotation socio-émotionnelle et psychologique auxquels des interventions unidimensionnelles peuvent difficilement répondre.

- Un autre aspect important abordé par les participants à l'examen par les pairs est la nécessité urgente d'inscrire le travail de soins presté par les migrants dans une **approche fondée sur l'ensemble du parcours de vie** – point sur lequel ont insisté de récentes lignes directrices en matière de recherches plus générales sur le vieillissement (FUTURAGE Consortium 2011) – afin de mieux comprendre la vision à long terme des migrants et de l'intégrer à la vision souvent à trop court terme de pays d'accueil en quête de solutions à leurs pénuries de personnels de santé. L'adoption plus systématique de ce type d'approche contribuerait en effet à l'élaboration de politiques davantage respectueuses des migrants (dans le secteur des soins) – politiques qui sous-estiment souvent l'effet conjugué de l'âge (à savoir les changements au niveau individuel) et du changement social (à savoir les évolutions au niveau méso/familial et au niveau macro/sociétal) – et ferait du «temps» l'un des éléments d'une disposition explicite (comme l'illustrent de nombreuses règles basées sur cette dimension apparemment «intangibles»: on songe notamment ici au principe de rotation, aux délais relatifs au regroupement familial, aux périodes d'attentes pour l'obtention d'un permis de travail par les demandeurs d'asile, etc.) (Lamura 1998). Une autre stratégie utile à cet égard consisterait à abandonner progressivement l'approche plus traditionnelle fondée sur des mesures «d'intégration» (impliquant que les migrants veulent s'installer dans les pays d'accueil) en faveur d'une approche fondée sur le principe davantage flexible et égalitaire de «l'interaction» (davantage axée sur un respect mutuel d'identités culturelles nécessairement différentes et qui s'écarte d'une stratégie «d'assimilation»). Il est toutefois essentiel dans cette perspective de reconnaître la position généralement plus précaire des travailleurs du secteur des SLD (personnel infirmier et soignants à domicile notamment) par rapport à celle des médecins dans de nombreux pays (y compris l'Allemagne, pays organisateur de l'examen par les pairs) – une situation qui requiert une garantie pour les premiers d'être représentés de façon adéquate et de bénéficier d'une protection de leurs droits fondamentaux (en ayant à l'esprit certains enseignements tels que ceux tirés du projet TAPiG, déjà cité, à l'intention des travailleurs tunisiens du secteur des soins à Hambourg).
- Il convient également de garder à l'esprit la distinction existant entre **les migrations liées à l'enseignement et la formation et celles qui impliquent la prestation rémunérée de soins**. Elle est importante dans la mesure où les premières comportent pour les migrants un parcours de qualification et de perfectionnement, ce qui n'est pas nécessairement le cas des secondes. Tandis que les possibilités de formation constituent uniquement un avantage aux yeux des pays d'accueil pour autant que la formation soit financièrement prise en charge par les migrants eux-mêmes ou par leurs pays d'origine, ou que la formation soit suivie d'une période assez longue de



migration temporaire (permettant de «rentabiliser» l'investissement dans la formation des étudiants étrangers), il convient, en ce qui concerne la migration de travail, d'établir une distinction entre les migrations transitoires (ou circulaires) et les migrations permanentes. Dans des circonstances «normales» (autrement dit dans le cas d'une carrière professionnelle de type classique), ces dernières sont assurément un acquis positif pour le pays d'accueil et ne deviennent un acquis positif pour le pays de départ qu'à condition que les envois d'argent par les migrants à leurs familles atteignent un montant important au fil du temps (et améliore ainsi la situation socioéconomique des familles restées au pays). Les migrations circulaires peuvent offrir une solution à court terme aux pénuries dans les pays de destination et à un chômage élevé dans les pays de départ; le relèvement du niveau de compétence des migrants temporaires peut également être un acquis positif à la fois pour les migrants eux-mêmes et pour le système de soins de leur pays d'origine.

- Les participants à l'examen par les pairs ont insisté en outre sur l'importance d'une **coopération entre toutes les parties prenantes concernées**, qu'il convient d'instaurer à la fois au niveau national et au niveau international pour parvenir à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande de professionnels de SLD. Il faudrait plus particulièrement que les administrations régionales et locales – chargées le plus souvent de la prestation de l'aide sociale et des soins de santé – s'intéressent et répondent aux priorités de l'UE en concertation avec d'autres acteurs appartenant à la fois au secteur non lucratif et au secteur marchand, ainsi qu'en veillant à une cohérence avec d'autres domaines d'action tels que l'enseignement et la formation, l'entrepreneuriat, le marché du travail et l'infrastructure.
- En ce qui concerne la **situation spécifique de l'Allemagne**, les discussions ont mis en évidence la nécessité d'adapter la prestation des SLD aux spécificités du pays concerné en allant jusqu'à procéder à une différenciation régionale et rurale-urbaine en termes d'inégalités existantes et de besoins. Les enseignements positifs et négatifs tirés d'expériences antérieures devraient servir de cadres à la formulation des politiques futures et éviter ainsi que certaines erreurs se reproduisent. Les questions les plus pertinentes à cet égard sont les suivantes: la «migration circulaire» doit-elle être une option ou une obligation pour les migrants travaillant dans le secteur des soins? En quoi le concept de «migrant circulaire» se différencie-t-il de celui de «travailleur invité» utilisé jusqu'aux années 1970? La réforme adoptée en 2012 permet-elle d'étendre au personnel infirmier la mobilité intégrale accordée aux docteurs en médecine? Des infirmiers/infirmières peuvent-ils/elles devenir du «personnel hautement qualifié» en s'engageant dans un parcours de qualification les conduisant à un «diplôme universitaire en soins infirmiers» comme il en existe dans d'autres pays de l'UE? Si les pénuries de personnels de soins sont considérées comme un problème urgent, pourquoi ne pas engager du personnel SLD de pays voisins de l'UE actuellement frappés par un taux élevé de chômage (au lieu de se tourner vers des pays tiers)? Quelles perspectives ouvrirait le réaménagement de la répartition «verticale/horizontale» des différentes tâches de soins (laver les patients, par exemple, relève-t-il des «soins de santé», de «l'aide sociale» ou de «l'aide à domicile»?).

## F. Contribution de l'examen par les pairs à la stratégie Europe 2020 et au «paquet investissements sociaux»

Les conclusions du présent examen par les pairs sont susceptibles d'étayer la réalisation de divers objectifs de la stratégie Europe 2020 (Commission européenne 2010). L'une des contributions les plus évidentes concerne l'ambition de parvenir à **taux d'emploi de 75 % de la population âgée de 20 à 64 ans**. Le secteur des SLD est effectivement l'un des plus prometteurs en termes de création d'emplois, en ce qui concerne les femmes en particulier: il s'agit principalement de travail à temps partiel, et les femmes recrutées ont souvent connu une période d'inactivité économique (van der Velde et al. 2010) et sont d'âge mûr (Martin & King 2008). Une utilisation plus performante et davantage généralisée des instruments et stratégies analysés dans le présent examen par les pairs permettrait aux États membres de l'UE d'améliorer l'adéquation entre la demande et l'offre de personnel SLD et de multiplier ainsi les possibilités d'emploi tant pour les travailleurs migrants que pour les travailleurs non migrants.

Le présent examen par les pairs devrait également contribuer de manière significative à la réalisation d'un autre grand objectif de la stratégie Europe 2020, à savoir **réduire de 20 millions au moins le nombre de personnes menacées par la pauvreté et l'exclusion sociale**. Du côté de l'offre, cet objectif peut être étayé par une hausse générale du nombre de prestataires de SLD via un recrutement plus souple et plus qualifié de travailleurs migrants (intra-UE) dans le secteur des soins – ce qui réduirait le nombre de chômeurs (et partant le risque de pauvreté) dans l'ensemble de l'Union. Du côté de la demande, la facilitation de l'accès au travail dans le secteur des SLD grâce aux suggestions proposées devrait réduire le nombre des utilisateurs de ce type de services et de personnes leur prodiguant des soins qui souffrent d'exclusion sociale en raison de leur situation vulnérable.

Les questions débattues lors de l'examen par les pairs sont susceptibles en outre de contribuer à la **stratégie du «paquet investissements sociaux»** (Commission européenne 2013a, 2013b), en particulier pour ce qui concerne les avancées vers une protection durable et socialement adéquate contre le risque de soins de longue durée. Étant donné que les travailleurs migrants deviennent la pierre angulaire du secteur des SLD, les problématiques abordées ici devraient être envisagées dans le cadre d'orientations plus larges au niveau de l'UE et adaptées aux contextes nationaux au travers de recommandations par pays. Sans tirer pleinement parti du potentiel offert par les travailleurs du secteur des SLD, il est impossible de progresser vers la concrétisation des objectifs du «paquet investissements sociaux» et notamment de **conjuguer mesures préventives** en matière de vieillissement actif et en bonne santé avec les **efforts de productivité dans la prestation des soins** et la **capacité accrue des personnes âgées de mener une vie autonome**, même lorsqu'elles deviennent fragiles et invalides (Commission européenne 2013b).

Pour s'assurer que ces objectifs soient également atteints grâce aux propositions formulées lors du présent examen par les pairs, il convient toutefois qu'elles soient **effectivement appliquées à l'élaboration des politiques nationales**, ainsi qu'en rapport avec d'autres



programmes européens de soutien tels que ceux liés au Fonds européen de développement régional et au Fonds social européen – lesquels comportent des mesures supplémentaires visant à faciliter l'intégration des migrants et à assurer des formations aux effectifs issus de contextes culturels et migratoires divers. Il faudrait à cette fin que les résultats du présent examen par les pairs soient portés à l'attention des **administrations régionales et locales** et, au travers de celles-ci, à l'ensemble de la population, étant donné que ces institutions sont chargées dans de nombreux pays de domaines d'action connexes tels que l'enseignement, la formation, l'entrepreneuriat, le marché du travail et l'infrastructure. Le **Comité des régions de l'Union européenne** pourrait jouer un rôle déterminant en termes de sensibilisation des autorités régionales et locales à l'égard de ces thématiques et devrait dès lors être systématiquement inclus également dans leur diffusion.



## Références

BfG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013). Erhöhte Bedarfe in der Pflege: Zirkuläre Migration von Pflegefachkräften. Document préparé par le pays organisateur en vue de l'examen par les pairs «Remédier aux pénuries de professionnels de soins de santé de longue durée grâce à des politiques d'immigration systématiques», Berlin, août 2013.

Commission européenne (2003). Décision mettant en œuvre le règlement (CEE) n° 1612/68 du Conseil en ce qui concerne la compensation des offres et des demandes d'emplois. Décision 2003/8/CE du 23 décembre 2002. Bruxelles: Commission européenne. Consulté sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003D0008:FR:HTML>

Commission européenne (2010). Europe 2020 - Une stratégie pour une croissance intelligente, durable et inclusive. COM(2010) 2020 final. Bruxelles: Commission européenne. Consulté sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52010DC2020:FR:NOT>

Commission européenne (2012a). Vers une reprise génératrice d'emplois. COM(2012) 173 final. Bruxelles: Commission européenne. Consulté sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2012:0173:FIN:FR:PDF>

Commission européenne (2012b). Document de travail des services de la Commission sur l'exploitation des possibilités de création d'emplois offerte par les services aux personnes et aux ménages, SWD(2012) 95 final accompagnant le document COM(2012) 173 final. Consulté sur <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=7623&langId=fr>

Commission européenne (2012c). Action Plan for the EU Health Workforce. Document de travail des services de la Commission SWD(2012) 93 final accompagnant le document COM(2012) 173 final. Bruxelles: Commission européenne. Consulté sur [http://ec.europa.eu/dgs/health\\_consumer/docs/swd\\_ap\\_eu\\_healthcare\\_workforce\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/docs/swd_ap_eu_healthcare_workforce_en.pdf)

Commission européenne (2013a). Investir dans le domaine social en faveur de la croissance et de la cohésion, notamment par l'intermédiaire du Fonds social européen au cours de la période 2014-2020. COM(2013) 83 final. Bruxelles: Commission européenne. Consulté sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52013DC0083:FR:NOT>

Commission européenne (2013b). Long-term care in ageing societies - Challenges and policy options. Document de travail des services de la Commission accompagnant le document COM(2013) 83 final. Bruxelles: Commission européenne. Consulté sur <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9769&langId=en>

Conseil de l'Union européenne (2009). Directive établissant les conditions d'entrée et de séjour des ressortissants de pays tiers aux fins d'un emploi hautement qualifié. Directive 2009/50/CE du Conseil du 25 mai 2009. Bruxelles: Conseil de l'Union européenne. Consulté sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32009L0050:FR:NOT>





Conseil européen (2012). Pacte pour la croissance et l'emploi. Annexe aux conclusions du Conseil européen EUCO 76/12 du 29 juin 2012. Bruxelles: Conseil européen. Consulté sur [http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/fr/ec/131408.pdf#page=8](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/ec/131408.pdf#page=8)

FUTURAGE Consortium (2011). Futurage: A Road Map for European Ageing Research. Report by FUTURAGE Consortium. Consulté sur <http://futurage.group.shef.ac.uk/assets/files/Final%20road%20map/FUTURAGE%20A%20Road%20Map%20for%20European%20Ageing%20Research%20-%20October%202011.pdf>

Kindler M. (2012). A Risky Business? Ukrainian Migrant Women in Warsaw's Domestic Work Sector. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Lamura G. (1998). Migration und kommunale Migrationspolitik. Wiesbaden: Deutscher Universitaetsverlag.

Lamura G., Chiatti C., Barbabella F. & Di Rosa M. (2013). Migrant long-term care work in the European Union: Opportunities, challenges and main policy options. Document de discussion en vue de l'examen par les pairs «Remédier aux pénuries de professionnels de soins de santé de longue durée grâce à des politiques d'immigration systématiques». Octobre 2013. Consulté sur <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=11116&langId=en>

Martin B. & King D. (2008). Who Cares for Older Australians? A Picture of the Residential and Community-based Aged Care workforce, 2007. Gouvernement australien, Department of Health and Ageing/National Institute of Labour Studies, Flinders University & Commonwealth of Australia.

Matrix Insight (2012). EU level Collaboration on Forecasting Health Workforce Needs, Workforce Planning and Health Workforce Trends – A Feasibility Study. Bruxelles: Commission européenne. Consulté sur [http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health\\_workforce\\_study\\_2012\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/health_workforce_study_2012_report_en.pdf)

McLoughlin S. & Münz R. (2011). Temporary and circular migration: opportunities and challenges. Working Paper No. 35. Bruxelles: European Policy Centre. Consulté sur [www.epc.eu/documents/uploads/pub\\_1237\\_temporary\\_and\\_circular\\_migration\\_wp35.pdf](http://www.epc.eu/documents/uploads/pub_1237_temporary_and_circular_migration_wp35.pdf)

OCDE (2011). Recruiting Immigrant Workers: Sweden 2011. Paris: Éditions OCDE.

OMS (Organisation mondiale de la santé) (2010). Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Genève: OMS. Consulté sur [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA63/A63\\_R16-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R16-fr.pdf)

Ono T., Lafortune G. & Schoenstein M. (2013). Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers No. 62. Paris: Éditions OCDE. Consulté sur [www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t787zcbw.pdf?expires=1378839570&id=id&accname=guest&checksum=F8B79D74C507F215352350D161C467C2](http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t787zcbw.pdf?expires=1378839570&id=id&accname=guest&checksum=F8B79D74C507F215352350D161C467C2)

Pastore F. & Tenaglia S. (2013). Ora et non Labora? A Test of the Impact of Religion on Female Labor Supply. IZA Discussion Paper No. 7356. Bonn: IZA. Consulté sur <http://ftp.iza.org/dp7356.pdf>

Peschner J. & Fotakis C. (2013). Growth potential of EU human resources and policy implications for future economic growth. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne. Consulté sur <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10939&langId=en>

Popa D. (2010). The Long-Term Care System For The Elderly In Romania. ENEPRI Research Report No. 85. Consulté sur <http://aei.pitt.edu/14606>

Rusac, S., Laklija, M. & Milić Babić, M. (2012), Strategija suočavanja članova obitelji oboljelih od Alzheimerove bolesti, Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja 48(2): p. 86-97.

SORS (Statistical Office of Republic of Slovenia – Statistični urad Republike Slovenije) (2013). Cross country migrations. SI-Stat Data portal. Consulté sur [http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem\\_soc/05\\_prebivalstvo/40\\_selitve/05\\_05N10\\_meddrzavne/05\\_05N10\\_meddrzavne.asp](http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/40_selitve/05_05N10_meddrzavne/05_05N10_meddrzavne.asp) /10.10.2013

Topolčić D. (2008). Udio žena na tržištu rada, obrasci radne karijere i uloga države, Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, (6)98, p. 1023-1046.

Union européenne (2005). Directive relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005. Bruxelles: Union européenne. Consulté sur [http://ec.europa.eu/internal\\_market/qualifications/policy\\_developments/legislation/index\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/qualifications/policy_developments/legislation/index_fr.htm)

Union européenne (2011a). Directive établissant une procédure de demande unique en vue de la délivrance d'un permis unique autorisant les ressortissants de pays tiers à résider et à travailler sur le territoire d'un État membre et établissant un socle commun de droits pour les travailleurs issus de pays tiers qui résident légalement dans un État membre. Directive 2011/98/UE du Parlement européen et du Conseil du 13 décembre 2011. Bruxelles: Union européenne. Consulté sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32011L0098:FR:NOT>

Union européenne (2011b). Règlement relatif à la libre circulation des travailleurs à l'intérieur de l'Union. Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE. Règlement (UE) n° 492/2011 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2011. Bruxelles: Union européenne. Consulté sur <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32011R0492:FR:NOT>

van der Velde, F., Verijdt, F. & Arnold, E. (2010). De arbeidsmarkt voor lagere functies in de zorg: veel vissen in de vijver. OEZW19. Utrecht: Prismant.

Wets J. & De Bruyn T. (2011). La migration: la solution aux pénuries de personnel dans le secteur des soins et de la santé? Bruxelles: Fondation Roi Baudouin. [https://hiva.kuleuven.be/resources/pdf/publicaties/R1433b\\_fr\\_MigrationPenuriesPersonnelSante.pdf](https://hiva.kuleuven.be/resources/pdf/publicaties/R1433b_fr_MigrationPenuriesPersonnelSante.pdf)



Commission européenne

## **Remédier aux pénuries de professionnels de soins de santé de longue durée grâce à des politiques d'immigration systématiques**

Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne  
2014 — 32 pp. — 17,6×25 cm

ISBN 978-92-79-36215-6

ISSN 1977-8015

doi: 10.2767/91774

Cette publication est disponible en format électronique en anglais, en français et en allemand.

### **COMMENT VOUS PROCURER LES PUBLICATIONS DE L'UNION EUROPÉENNE?**

#### **Publications gratuites:**

- un seul exemplaire:  
sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- exemplaires multiples/posters/cartes:  
auprès des représentations de l'Union européenne ([http://ec.europa.eu/represent\\_fr.htm](http://ec.europa.eu/represent_fr.htm)),  
des délégations dans les pays hors UE ([http://eeas.europa.eu/delegations/index\\_fr.htm](http://eeas.europa.eu/delegations/index_fr.htm)),  
en contactant le réseau Europe Direct ([http://europa.eu/europedirect/index\\_fr.htm](http://europa.eu/europedirect/index_fr.htm)) ou le  
numéro 00 800 6 7 8 9 10 11 (gratuit dans toute l'UE) (\*).

(\* Les informations sont fournies à titre gracieux et les appels sont généralement gratuits (sauf certains opérateurs, hôtels ou cabines téléphoniques).

#### **Publications payantes:**

- sur le site EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

#### **Abonnements:**

- auprès des bureaux de vente de l'Office des publications de l'Union européenne  
([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_fr.htm)).

## Remédier aux pénuries de professionnels de soins de santé de longue durée grâce à des politiques d'immigration systématiques

Pays hôte : **Allemagne**

Date : **23-24 octobre 2013**

Pays pairs : **Belgique - Croatie - Espagne - Grèce - Hongrie - Pologne - Roumanie - Slovaquie - Slovénie - Suède**

Parties prenantes : **Fédération européenne des hôpitaux et des soins de santé (HOPE), Banque mondiale, Fonds Marshall allemand (États-Unis)**

Partout en Europe, le vieillissement des populations a donné lieu à un accroissement de la demande de professionnels de santé. Si la mobilité au sein de l'UE est l'un des moyens de répondre à cette demande accrue, elle risque de priver d'autres États membres de personnels dont ils ont eux-mêmes grand besoin. Aussi l'Allemagne a-t-elle opté pour le recrutement et la formation de migrants en provenance de pays tiers dans le respect du Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

L'examen par les pairs tenu à Berlin les 23 et 24 octobre 2013 a été pour les participants l'occasion de se pencher sur l'approche allemande en matière de recrutement et de formation de migrants en provenance de pays hors de l'Union.

