



Auxiliaires de santé migrants et «brain waste» II

Enquête qualitative portant sur les cantons
de Genève, de Saint-Gall et du Valais

Jean-Luc Alber, Hans-Peter von Aarburg

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, veuillez consultez www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Dossier»** des rapports de recherche destinés aux spécialistes de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Le contenu des rapports est de la responsabilité de leurs auteurs. Les Dossiers de l'Obsan ne sont normalement disponibles que sous forme électronique (pdf).

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Jean-Luc Alber, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES-SO Valais
- Hans-Peter von Aarburg, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES-SO Valais

En collaboration avec:

- Jeanne Carruzzo, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES-SO Valais
- Aline Glassey-Duarte, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES-SO Valais
- Ibrahim Guissé, Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale, HES-SO Genève

Série et numéro

Obsan Dossier 21

Référence bibliographique

Alber, J.-L. & von Aarburg, H.-P. (2012). *Auxiliaires de santé migrants et «brain waste» II. Enquête qualitative portant sur les cantons de Genève, de Saint-Gall et du Valais* (Obsan Dossier 21). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications
(ce document est disponible uniquement sous forme électronique)

Numéro de la publication

1038-1201-05

ISBN

978-2-940502-01-1

© Obsan 2012

Le contenu de ce rapport reflète l'opinion des auteurs et ne représente pas nécessairement l'avis des mandants.

Auxiliaires de santé migrants et « brain waste » II

Enquête qualitative portant sur les cantons de
Genève, de Saint-Gall et du Valais

Jean-Luc Alber

Hans-Peter von Aarburg

Pour la partie enquête, en collaboration avec :

Jeanne Carruzzo, Aline Glassey-Duarte, Ibrahima Guissé

Table des matières

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Liste des abréviations..... | 5 |
| Remerciements..... | 6 |
| Résumé..... | 7 |
| Zusammenfassung..... | 11 |
| 1 Introduction | 15 |
| 1.1 Objectifs de recherche | 15 |
| 1.2 Démarche..... | 16 |
| 1.3 Structure du rapport | 17 |
| 2 Méthodologie | 19 |
| 2.1 Une conception opérationnelle de la notion de <i>brain waste</i> | 19 |
| 2.2 Cadre théorique | 19 |
| 2.3 Enquêtes et récolte des données | 20 |
| 2.3.1 Entretiens avec les acteurs institutionnels | 20 |
| 2.3.2 Entretiens avec les auxiliaires de santé | 21 |
| 2.4 Méthode d'analyse et présentation des données | 22 |
| 3 Littérature spécialisée en lien avec le <i>brain waste</i> et avec les auxiliaires de santé | 23 |
| 4 Prise de vue sur les participants au cours d'auxiliaire CRS dans les trois cantons étudiés..... | 27 |
| 4.1 Les participants suisses au cours d'auxiliaire CRS | 28 |
| 4.2 Les immigrés qui s'orientent vers le cours d'auxiliaire CRS | 29 |
| 4.3 Les participants au cours d'auxiliaire CRS provenant des Etats tiers à faible revenu en situation de <i>brain waste</i> | 32 |
| 5 La procédure de reconnaissance des diplômes étrangers d'infirmière..... | 35 |
| 5.1 Titres homologués sur la période 2002 - 2010 | 35 |
| 5.1.1 Refus d'homologation | 36 |
| 5.1.2 Abandon en cours de procédure | 36 |
| 5.2 Titres homologués sur la période 2007 - 2010 | 37 |
| 5.3 Les mesures de compensation : un filet de sécurité..... | 41 |
| 6 Du côté du personnel auxiliaire immigré des Etats tiers à faible revenu : vécu et points de vue subjectifs | 43 |
| 6.1 La reconnaissance d'un diplôme d'infirmière étranger : un parcours jalonné d'obstacles et d'opportunités | 44 |
| 6.2 Freins administratifs..... | 46 |
| 6.2.1 Comprendre la procédure..... | 46 |
| 6.2.2 Constituer un dossier..... | 47 |
| 6.2.3 Effectuer les mesures compensatoires | 48 |
| 6.3 Obstacles linguistiques | 49 |
| 6.4 Difficultés financières | 51 |
| 6.5 Facteur genre et identité infirmière | 54 |
| 7 Conclusion | 57 |
| 8 Recommandations | 59 |
| 9 Bibliographie | 61 |
| 10 Annexes | 67 |
| Annexe 1 : Liste des acteurs institutionnels interviewés..... | 67 |
| Annexe 2 : Liste des personnes interviewées (par canton) | 68 |
| Annexe 3 : Intitulés des formations dans le secteur des soins | 74 |

Index des figures

| | | |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 4.1 | Répartition par nationalité des participants au cours d'auxiliaire de santé de la CRS de la ville de Saint-Gall (2007-2010) | 30 |
| Figure 4.2 | Répartition par nationalité des participants au cours d'auxiliaire de santé de la CRS du Valais romand (2007-2010) | 31 |
| Figure 4.3 | Répartition par nationalité des participants au cours d'auxiliaire de santé de la CRS du canton de Genève (2007-2010) | 32 |
| Figure 5.1 | Nombre de reconnaissances de diplômes d'infirmière accordées par la CRS (2002-2010) | 35 |
| Figure 5.2 | Nombre de reconnaissances de titres ayant été obtenus sans ou après l'accomplissement de mesures compensatoires (2007-2010) | 38 |
| Figure 5.3 | Nombre de reconnaissances de titres provenant des Etats tiers à faible et à haut revenu obtenus sans ou après l'accomplissement de mesures compensatoires (2007-2010)..... | 39 |

Index des tableaux

| | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 2.1 | Tableau récapitulatif du nombre d'entretiens effectués (catégories de personnes interrogées) | 22 |
| Tableau 4.1 | <i>Brain waste</i> parmi les participants issus d'un pays tiers émergent ou en développement au cours d'auxiliaire de santé CRS du canton de Genève, du Valais romand et de la ville de Saint-Gall, période 2007-2010..... | 33 |
| Tableau 5.1 | Pays de délivrance des diplômes reconnus (2002-2010)..... | 36 |

Liste des abréviations

| | |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AELE | Association européenne de libre-échange |
| ASI | Association suisse des infirmières et infirmiers |
| CEDIC | Centre d'études de la diversité culturelle et de la citoyenneté dans les domaines de la santé et du social |
| CI AS CRS | Communauté d'intérêts suisse des auxiliaires de santé de la Croix-Rouge Suisse |
| CMS | Centre médico-social |
| CR | Croix-Rouge (sections cantonales) |
| CRS | Croix-Rouge Suisse |
| EMS | Etablissement médico-social |
| ES | Ecole spécialisée |
| ESPOP | Statistique de l'état annuel de la population |
| FAQ | Frequently Asked Questions |
| HES | Haute école spécialisée |
| HES-SO | Haute école spécialisée de Suisse occidentale |
| ICN | International Council of Nurses |
| ISS | Institut Santé Social |
| OFFT | Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie |
| Obsan | Observatoire suisse de la santé |
| OCDE | Organisation de coopération et de développement économiques |
| OFPC | Office pour l'orientation, la formation professionnelle et continue |
| OFPr | Ordonnance du 19 novembre 2003 sur la formation professionnelle |
| OIM | Organisation internationale pour les migrations |
| OIT | Organisation internationale du travail |
| OMS | Organisation mondiale de la santé |
| ORP | Office régional de placement |
| UE | Union européenne |

Remerciements

Nos remerciements vont tout d'abord au Centre d'études de la diversité culturelle et de la citoyenneté dans les domaines de la santé et du social (CEDIC) qui a financé la moitié de cette étude en reconnaissant dans sa thématique les orientations et les préoccupations qui constituent ses lignes de force scientifiques et ses axes prioritaires: communication interculturelle, justice sociale et citoyenneté. Ils s'adressent ensuite à Peter Voll, responsable de l'Institut Santé Social (ISS) de la Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO) Valais/Wallis, pour nous avoir mis à disposition un soutien logistique et apporté ses encouragements aux moments propices.

Comme il va de soi dans toute recherche qualitative, nous avons contracté une dette envers l'ensemble de nos informateurs qu'ils soient acteurs institutionnels ou soignants immigrés. Ils nous ont accordé avec générosité une partie de leur temps, de leur intelligence et de leur confiance. Ils ont également su s'ouvrir à nos interrogations en s'employant à nous fournir des éléments de réponse et de réflexion indispensables à la compréhension du phénomène complexe que nous nous étions donné pour objectif de décrypter. La majorité d'entre eux nous ayant manifesté le désir de conserver l'anonymat, nous avons pris l'option de généraliser cette règle, raison pour laquelle nous ne pouvons adresser des remerciements nominativement. Nous tenons cependant à témoigner notre gratitude à une experte de la CRS, qui nous l'espérons se reconnaîtra, pour le rôle d'interlocutrice privilégiée qu'elle a joué dans l'élaboration de ce travail et pour l'aide constructive et amicale qu'elle nous a accordée.

Cette recherche a mobilisé, l'espace de quelques jours ou sur la durée, plusieurs personnes dont la contribution s'est révélée déterminante.

Eve Bellani nous a apporté un précieux appui en réalisant la dernière enquête genevoise qui restait à assurer.

Janine Fux, Tania Kronig et Simone Mathieu ont réalisé avec beaucoup d'engagement et de compétence les transcriptions de nos entretiens en français et en allemand.

Sonia Vuignier, secrétaire de l'ISS, nous a offert une aide précieuse pour la mise en forme informatique du manuscrit.

Nous exprimons enfin une reconnaissance toute particulière à Elisa Ambrosio pour sa contribution au dépouillement et à l'interprétation des données qualitatives et quantitatives des parties genevoises et valaisannes ainsi que pour son soutien dans la rédaction du rapport final.

Résumé

Introduction et contexte

Avec en arrière-plan l'interrogation concernant la pénurie en personnel de soins et d'accompagnement qualifié, l'Obsan s'est intéressé au phénomène du *brain waste* (gaspillage des compétences ou de la matière grise) parmi les auxiliaires de santé migrants, employés dans les soins de longue durée. La question se pose de savoir dans quelle mesure une meilleure utilisation du potentiel des immigrés, employés comme auxiliaires dans notre pays, pourrait constituer un moyen de combler une partie du déficit en personnel de soin qualifié.

Notre étude qualitative, portant sur les cantons de Genève, de Saint-Gall et sur le Valais romand, s'est donnée pour but de fournir des éléments de réponse à cette question principale. Elle vise à atteindre d'autres objectifs de recherche qui lui sont connexes, à savoir : évaluer si le phénomène du *brain waste* est présent au sein de la population immigrée employée au rang d'auxiliaire de santé dans nos établissements de soin de longue durée; tenter d'en estimer l'importance et les raisons ; comprendre si les personnes concernées par cette situation se montrent motivées à poursuivre leur progression au sein des professions de la santé ; s'employer à ramener la variété des trajectoires individuelles à des biographies et à des profils types ; s'interroger sur la pertinence de mettre en place des mesures de qualification/requalification pour combler une partie du déficit en personnel de santé qui s'annonce.

Démarche et méthode

Fondée sur la volonté de repérer et d'étudier des cas probants de migrants en situation de *brain waste*, notre recherche ne prétend pas à l'exhaustivité. Centrée sur un nombre réduit d'individus, elle vise à décrire des profils emblématiques et, à travers l'étude de parcours de vie significatifs, à rendre visible des mécanismes propres à notre système d'insertion dans le monde professionnel de la santé. La méthode qualitative n'a pas pour raison d'être de produire des indications à partir d'informations chiffrées. Nous avons néanmoins décidé de tirer parti des données statistiques fournies d'une part par les antennes cantonales de la Croix-Rouge (CR), d'autre part par la Croix-Rouge Suisse (CRS) à Wabern. Ce faisant, notre recherche comporte une dimension mixte, qualitative et quantitative.

Ce rapport comporte deux parties. Une première enquête (présentant un volet qualitatif, mais comprenant également le traitement de données chiffrées) a été effectuée dans les cantons de Genève, de Saint-Gall et en Valais romand. Nous avons réalisé, sur la base d'une grille commune augmentée de questions spécifiques par catégories de répondants, 20 entretiens semi-dirigés auprès d'acteurs institutionnels des trois cantons (représentants des institutions faïtières des établissements médico-sociaux (EMS) et des centres médico-sociaux (CMS), formatrices CR, responsables administratifs et infirmiers-chefs d'EMS et de CMS). Une entrevue supplémentaire a été réalisée avec la secrétaire de la Communauté d'intérêts suisses des auxiliaires de santé CRS. Ces entretiens étaient destinés à comprendre la situation au niveau national et les contextes institutionnels et cantonaux des auxiliaires migrants ainsi qu'à documenter le point de vue des personnes interrogées relativement aux objectifs poursuivis dans l'étude.

Considérant qu'il s'avérerait révélateur d'ethnographier ce milieu, nous avons dépouillé, fiche par fiche, les dossiers de candidature aux cours d'auxiliaire de santé des antennes de la CR des trois cantons pris en compte dans le but d'identifier d'éventuels cas de *brain waste* parmi les inscrits. Notre connaissance du terrain et nos enquêtes initiales nous invitaient à penser que les immigrés des pays tiers émergents et en développement paraissaient particulièrement exposés au phénomène de gaspillage des compétences. Nous avons, dans le but d'explorer cette piste, décidé de nous focaliser davantage sur cette tranche des auxiliaires de santé migrants. Ne voulant pas nous restreindre à déterminer les seules personnes détentrices d'un titre étranger dans le domaine des soins (*brain waste* au sens strict), nous nous sommes également donnés pour tâche de repérer les individus au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire accomplie, avant leur arrivée en Suisse, dans un autre secteur que la santé (*brain waste* au sens large).

Le volet qualitatif de notre étude visait principalement à documenter le point de vue subjectif d'informateurs migrants directement concernés par le phénomène du *brain waste*. Un certain nombre d'individus identifiés par le biais des dossiers de candidatures aux cours d'auxiliaire de santé CR a accepté de participer à une entrevue. Dans l'optique d'étoffer notre échantillon, nous nous sommes, en parallèle, attachés à trouver des auxiliaires immigrés employés en situation de *brain waste* dans des EMS et dans des CMS des trois cantons étudiés. Certains nous ont été indiqués par leurs employeurs ou par leurs infirmiers-chefs, d'autres par des informateurs migrants via le bouche à oreille. Nous avons de plus fait jouer nos réseaux personnels informels. Au total, 41 entretiens semi-dirigés, enregistrés puis transcrits intégralement ont été réalisés avec des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste* au sens strict ou large. Les questions posées, sur la base d'un schéma d'entretien générique, concernaient leur parcours migratoire, leur cursus de formation, leur trajectoire professionnelle, leur motivation à la (re)qualification, les difficultés auxquelles ils devaient faire face et les obstacles qui freinaient leur aspiration. Titulaires d'un titre dans le domaine de la santé obtenu dans leur pays d'origine, certains répondants n'avaient pas entamé de démarche d'homologation. D'autres étaient en cours de procédure au moment de l'enquête. Les derniers, arrivés au terme de la procédure de reconnaissance, nous ont décrit leur parcours antérieur.

Une seconde enquête concernant la reconnaissance des diplômes étrangers d'infirmière au niveau fédéral a été effectuée à la maison mère de la CRS à Wabern. Il s'agissait tout d'abord de comprendre les détails de la procédure administrative prescrite aux candidats. Ensuite de connaître, par pays de délivrance des diplômes obtenus, le nombre de demandes d'homologation adressées, la proportion des équivalences accordées, de refus prononcés et d'abandons constatés en cours de procédure. Les chiffres qui nous ont été fournis par la CRS nous ont permis d'établir une photographie complète de la période 2002 – 2010. Des informations plus détaillées, couvrant la période 2007 – 2010, nous ont donné le moyen de distinguer les équivalences accordées sans ou à la suite de l'accomplissement de mesures de compensation (stage d'adaptation et formation supplémentaire ou examen d'aptitude professionnelle). Lors de cette enquête à la CRS, nous avons réalisé 5 entretiens approfondis avec des expertes chargées de la reconnaissance des titres dans l'optique de prendre connaissance des difficultés qu'elles rencontrent dans l'exercice de leur fonction et de tirer parti des informations et des interprétations que ces porteuses d'expérience pouvaient nous transmettre.

Résultats

Nos travaux montrent la présence de cas de *brain waste*, en nombre limité, au sein du personnel de santé migrant employé comme auxiliaire dans les établissements de soin de longue durée. Notre ethnographie des cours d'auxiliaire de santé des antennes genevoise, saint-galloise et valaisanne de la CR nous a permis d'identifier 16 cas d'immigrés qualifiés dans le domaine de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaire-infirmière, aides-infirmières, aide-soignante). Bien qu'il s'agisse de peu d'individus, cette observation suggère que l'activité d'auxiliaire est conçue comme une voie d'insertion professionnelle par des personnes dotées de qualifications supérieures dans l'univers de la santé.

Par ailleurs, les cours d'auxiliaire CR accueillent un nombre plus grand d'étrangers au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire, acquise dans le pays d'origine, dans un domaine autre que la santé. Nous avons repéré 55 personnes dans cette situation. Nos entretiens (avec les concernés, les formatrices CR et la secrétaire de la CI AS CRS) montrent que ces migrants cherchent également dans cette formation (non-professionnalisante) une solution pour intégrer le marché de l'emploi helvétique.

La majorité des personnes en situation de *brain waste* identifiées dans nos relevés provient d'Etats tiers émergents ou en développement. Ce constat est à mettre en lien avec l'origine des participants au cours d'auxiliaire de santé CR. L'antenne genevoise draine un bassin de population hétérogène à très nette dominante issue des Etats tiers à faible revenu. A Saint-Gall, les originaires des Balkans

occupent une position analogue. En Valais, une moitié des candidats migrants au cours d'auxiliaire CR provient des Etats tiers à faible revenu.

Les entretiens approfondis avec nos interlocuteurs migrants en situation de *brain waste* nous ont convaincus de la motivation qui existe de progresser au sein des professions de la santé. La position d'auxiliaire est typiquement vécue comme transitoire, certains déclarant craindre de s'y enliser. On envisage de se donner les moyens d'avancer lorsque les circonstances le permettront. Les possibilités de re(qualification) sont valorisées. Elles suscitent l'intérêt de nos informateurs et la mobilisation d'un bon nombre d'entre eux. Les procédures de reconnaissance des titres étrangers sont, à cet égard, conçues comme des opportunités à saisir. Ce point ressort avec beaucoup d'évidence de la partie de notre enquête concernant la reconnaissance des titres étrangers d'infirmière.

Nos entrevues nous ont permis de mettre en évidence les difficultés types auxquelles sont confrontés les auxiliaires migrants et qui freinent leur aspiration à la qualification ou à la requalification. Outre des problèmes socioculturels et psychologiques liés à la migration et à l'adaptation à un contexte nouveau (notamment dans le cas des personnes arrivées en Suisse par la voie de l'asile et/ou des ressortissants des Balkans qui ont connu la guerre), des obstacles sont clairement mis en évidence dans les raisons énoncées par nos informateurs. Ils sont de nature :

- administrative (obtenir un permis de séjour ouvrant ou facilitant l'accès au marché de l'emploi ; s'informer des possibilités de se (re)qualifier ; comprendre le fonctionnement des procédures de reconnaissance des titres étrangers ; satisfaire à l'ensemble des exigences administratives de la CRS ; parvenir à effectuer les mesures de compensation demandées) ;
- pécuniaire (faire face aux dépenses engendrées par des cours de mise à niveau en langue de la région d'accueil ; couvrir les frais encourus par la mise en route d'une procédure d'homologation puis par l'accomplissement des mesures de compensation ; supporter le manque à gagner durant l'accomplissement des parcours de (re)qualification) ;
- linguistique (surmonter les difficultés d'apprendre la langue de la région d'accueil au niveau exigé ou les langues s'agissant de la situation de diglossie qui existe en Suisse alémanique)

Il n'est par ailleurs guère surprenant en ce qui concerne des professions à prépondérance féminine que des difficultés liées au facteur genre, accentuées par la situation de migration, soient énoncées avec une grande netteté dans nos entretiens (obligations familiales et conjugales ; pause maternité ; tâches domestiques ; foyer monoparental suite à un divorce, une séparation ou un décès).

Ces écueils et leur perception subjective fournissent également des éléments pour expliquer les hésitations à entamer un parcours de (re)qualification comme des pistes pour interpréter des abandons en cours de procédure de reconnaissance de titre.

Conclusions et recommandations

Notre étude qualitative n'était pas destinée à évaluer quantitativement les effectifs qui pourraient venir combler une partie du déficit en personnel de soins qualifié suite à la mise en place de mesures destinées à (re)qualifier le personnel auxiliaire migrant en situation de *brain waste*. Des indications ressortent cependant de notre recherche.

Les personnes inscrites aux cours d'auxiliaire de santé CR détentrices de qualification dans le domaine des soins (*brain waste* au sens strict) sont assez rares. Cependant, la facilité que nous avons eue à identifier des cas supplémentaires lors de nos investigations sur le terrain suggère qu'ils sont plus nombreux. Les ressources éducatives présentes parmi les auxiliaires migrants au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire dans un autre domaine que celui de la santé (*brain waste* au sens large) méritent aussi d'être prises en considération.

La question des abandons en cours de procédure d'homologation d'un titre étranger dans le domaine des soins comme des hésitations à entamer une telle démarche peut sans aucun doute être mise en lien avec les obstacles qui jalonnent le parcours de reconnaissance des titres. Reste l'inconnue statistique de ceux qui n'entament pas de procédure. Un capital humain existe donc à tous ces niveaux, dont il serait judicieux de tirer parti.

La bonne volonté des personnes concernées ne suffit pas pour parvenir à s'extraire du *brain waste*. Les problèmes ont tendance à s'additionner et à se combiner. L'influence de tel ou tel facteur est souvent difficile à isoler. Les individus sont pourtant ni tous confrontés aux mêmes difficultés ni avec une même acuité à celles-ci. Comme le montrent nos profils emblématiques, les uns cumulent plus de ressources, les autres plus de désavantages, ces situations pouvant varier au cours du temps. Ce constat milite en faveur d'une recherche de solutions qui prennent en considération l'hétérogénéité des situations individuelles. Une valorisation de ce potentiel, via une offre en parcours de (re)qualification adaptée, pourrait sans doute également conduire à fidéliser au domaine des soins une population à tendance volatile.

La recherche de solutions implique de :

- Optimiser la diffusion de l'information concernant les possibilités de se (re)qualifier auprès des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste*, de leurs formateurs CR et de leurs employeurs
- Améliorer la compréhension des cursus de (re)qualification existant
- Améliorer le dispositif de soutien à la compréhension du fonctionnement des procédures de reconnaissance des titres étrangers dans les soins
- Adapter les exigences administratives de la CRS concernant la constitution d'un dossier de candidature à la procédure d'homologation d'un titre étranger aux difficultés concrètes rencontrées par les requérants, notamment ceux en provenance des Etats tiers à faible gouvernance
- Mettre sur pied des parcours de (re)qualification qui tiennent mieux compte de l'hétérogénéité des trajectoires de formation des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste* au sens strict
- Mettre sur pied des parcours de (re)qualification ciblés qui prennent en considération les ressources éducatives des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste* au sens large
- Aider les auxiliaires migrants en situation de *brain waste* à effectuer un cursus de (re)qualification par des encouragements financiers
- Aider les candidats à la reconnaissance d'un titre étranger dans le domaine des soins à accomplir les mesures de compensation qui leur ont été signifiées par des stages rémunérés et des subsides pour les formations supplémentaires
- Inciter les employeurs à rémunérer les stagiaires en phase de (re)qualification. Le cas échéant, faire bénéficier les institutions qui proposent de tels stages de subventions
- Renforcer le dispositif d'accompagnement des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste* durant l'accomplissement de leur cursus de (re)qualification
- Prendre en considération les problèmes spécifiques des personnes issues des Etats tiers émergents et en développement
- Prendre en considération les problèmes spécifiques au facteur genre
- Prendre en compte les difficultés propres à chaque migrant d'apprendre la (les) langue(s) de la région d'accueil
- Mettre en place des cours subventionnés, adaptés à cette population hétérogène sur le plan linguistique, qui soient orientés sur les aptitudes communicatives et sur les besoins langagiers utiles aux métiers des soins.

Ces recommandations reflètent le point de vue des auteurs.

Zusammenfassung

Einleitung und Ausgangslage

Vor dem Hintergrund des Mangels an qualifiziertem Pflege- und Betreuungspersonal interessiert sich das Obsan für das Phänomen *Brain Waste* (Verschwendung von Kompetenzen oder Wissen) beim zugewanderten Pflegeassistentenpersonal, das in der Langzeitpflege angestellt ist. Es stellt sich die Frage, inwieweit eine bessere Nutzung des Potenzials der zugewanderten, in der Schweiz als Assistenzpersonal angestellten Personen einen Teil dieses Mangels ausgleichen könnte.

Zweck dieser qualitativen Studie in den Kantonen Genf und St. Gallen sowie im französischen Teil des Wallis war es, einige Antworten zu dieser wichtigen Frage zu liefern. Ausserdem wurden folgende damit im Zusammenhang stehende Forschungsziele verfolgt: klären, ob das Phänomen *Brain Waste* beim zugewanderten Pflegeassistentenpersonal in den Schweizer Langzeitpflegeeinrichtungen zu beobachten ist; versuchen, das Ausmass und die Gründe zu erfassen; herausfinden, ob die betroffenen Personen einen beruflichen Aufstieg im Gesundheitsbereich anstreben; die verschiedenen individuellen Laufbahnen zu Biografie- und Profiltypen zusammenfassen; ermitteln, ob es sinnvoll wäre, Massnahmen für die Qualifikation/Requalifikation einzuführen, um einen Teil des sich abzeichnenden Pflegepersonal-engpasses zu überbrücken.

Vorgehen und Methode

Ziel der Studie ist es, Fälle von Zugewanderten, die von *Brain Waste* betroffen sind, zu erkennen und näher zu untersuchen – die Studie erhebt aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie basiert auf einer beschränkten Anzahl Personen und es sollen typische Profile beschrieben und anhand von charakteristischen Lebensläufen die Mechanismen dargelegt werden, die beim Eintritt in das Berufsleben im Gesundheitsbereich der Schweiz spielen. Die qualitative Methode dient nicht dazu, Aussagen anhand von Zahlen zu produzieren. Wir haben aber beschlossen, die statistischen Daten der Kantonalverbände des Roten Kreuzes (RK) und des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) in Wabern auszuwerten. Dadurch erhält unsere Studie sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Dimension.

Der Bericht besteht aus zwei Teilen. Eine erste Erhebung (mit einem qualitativen Teil, aber auch mit einer Aufbereitung von Zahlen) wurde in den Kantonen Genf und St. Gallen sowie im französischsprachigen Wallis durchgeführt. Ausgehend von einem allgemeinen Raster, das mit spezifischen Fragen je nach Kategorie der Befragten ergänzt wurde, fanden 20 gestützte Interviews bei institutionellen Akteuren der drei Kantone statt (Vertretungen der Dachorganisationen der Alters- und Pflegeheime sowie der Alters- und Pflegezentren, RK-Ausbildnerinnen, Verantwortliche der Verwaltung sowie Pflegedienstleitende dieser Heime und Zentren). Zudem fand ein Treffen mit der Sekretärin der Schweizerischen Interessengemeinschaft Pflegehelfer/-in SRK statt. Diese Gespräche waren dazu bestimmt, die Situation in der Schweiz und das institutionelle und kantonale Umfeld des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals zu verstehen und die Sicht der befragten Personen zu den Zielen der Studie zu dokumentieren.

Da wir eine ethnografische Beleuchtung dieses Bereichs als nützlich erachteten, haben wir die Bewerbungsdossiers für Pflegehelferkurse bei den Kantonalverbänden des RK der drei untersuchten Kantone einzeln ausgewertet, um mögliche *Brain-Waste*-Fälle unter den angemeldeten Personen zu identifizieren. Unsere Kenntnisse dieses Gebiets und unsere ersten Erhebungen veranlassten uns zur Vermutung, dass die Zugewanderten aus Schwellen- und Entwicklungsländern besonders stark von *Brain Waste* betroffen sind. Um dieser Annahme nachzugehen, haben wir uns in erster Linie auf Pflegeassistentenpersonal aus diesen Ländern konzentriert. Da wir uns nicht ausschliesslich auf die Personen beschränken wollten, die einen ausländischen Titel im Gesundheitsbereich besitzen (*Brain Waste* im engeren Sinne), haben wir auch Personen erfasst, die vor ihrer Ankunft in der Schweiz in einem nicht gesundheitsbezogenen Bereich eine Ausbildung auf Tertiärstufe abgeschlossen haben (*Brain Waste* im weiteren Sinne).

Der qualitative Teil dieser Studie war hauptsächlich darauf ausgerichtet, die subjektive Sicht der befragten Migrantinnen und Migranten zu dokumentieren, die direkt von *Brain Waste* betroffen sind. Einige Personen, die anhand der Bewerbungsunterlagen für die Pflegehelferkurse des RK ausgewählt wurden, haben sich für eine Befragung zur Verfügung gestellt. Um die Stichprobe zu erweitern, haben wir zudem in Alters- und Pflegeheimen sowie Alters- und Pflegezentren der drei untersuchten Kantone nach ausländischem Assistenzpersonal gesucht, das von *Brain Waste* betroffen ist. Einige der Personen wurden uns von deren Arbeitgebern oder Pflegedienstleitenden, andere von den von uns befragten Migrantinnen und Migranten angegeben. Ausserdem haben wir unsere persönlichen informellen Netzwerke genutzt. Insgesamt wurden 41 gestützte Interviews mit zugewanderten Pflegeassistenten und -assistentinnen, die von *Brain Waste* betroffen sind, geführt, aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die ausgehend von einem allgemeinen Interviewschema gestellten Fragen betrafen die Migrationsgeschichte der Personen, ihre Ausbildung, berufliche Laufbahn, Motivation zur (Re-)Qualifikation, die angetroffenen Schwierigkeiten und die Hindernisse bei der Verwirklichung ihrer Ziele. Einige der befragten Personen, die in ihrem Herkunftsland einen Abschluss im Gesundheitsbereich erworben haben, haben kein Anerkennungsverfahren eingeleitet. Bei anderen war das Verfahren zum Zeitpunkt der Erhebung noch hängig und die übrigen, deren Anerkennungsverfahren abgeschlossen ist, haben uns ihren Werdegang geschildert.

Eine zweite Erhebung zur Anerkennung der ausländischen Krankenpflegediplome auf eidgenössischer Ebene wurde im Hauptsitz des SRK in Wabern durchgeführt. Als Erstes ging es darum, die Details zum administrativen Ablauf für die Kandidatinnen und Kandidaten zu verstehen. Anschliessend wurden die Zahl der eingegangenen Anerkennungsanträge und die Anteile der bewilligten und der abgelehnten Anerkennungsanträge sowie der Verfahrensabbrüche nach Herkunftsland der Diplome ermittelt. Dank den Zahlen vom SRK konnte ein vollständiges Bild für den Zeitraum von 2002 bis 2010 gezeichnet werden. Anhand von detaillierteren Informationen zum Zeitraum 2007–2010 war es möglich, zwischen bewilligten Anerkennungen mit und jenen ohne Umsetzung von Ausgleichsmassnahmen (Anpassungslehrgang und zusätzliche Ausbildung oder berufliche Eignungsprüfung) zu unterscheiden. Im Rahmen dieser Erhebung beim SRK haben wir fünf vertiefende Gespräche mit Expertinnen geführt, die für die Anerkennung ausländischer Titel zuständig sind. Damit wurden die Schwierigkeiten, die sie bei der Ausübung ihrer Funktion antreffen, und die Informationen und Interpretationen dieser erfahrenen Fachpersonen beleuchtet.

Ergebnisse

Unsere Arbeiten zeigen, dass *Brain Waste* bei ausländischem Pflegeassistentenpersonal in Langzeitpflegeeinrichtungen in beschränktem Ausmass vorkommt. Durch unsere ethnographische Untersuchung der Pflegehelferkurse bei den Kantonalverbänden des RK in Genf, St. Gallen und dem Wallis liessen sich 16 Fälle von qualifizierten Zugewanderten feststellen (Ärzte/Ärztinnen, Pflegefachpersonen, Hebammen, Hilfspfleger/-innen, Pflegehelfer/-innen). Auch wenn es sich nur um wenige Personen handelt, legt diese Beobachtung den Schluss nahe, dass die Tätigkeit auf Assistenzstufe für Personen mit höheren Qualifikationen im Gesundheitsbereich einen Weg zur beruflichen Eingliederung darstellt.

In den Pflegehelferkursen des RK ist die Zahl der Ausländerinnen und Ausländer, die über einen ausländischen Tertiärabschluss in einem nicht gesundheitsbezogenen Bereich verfügen, grösser. Wir haben 55 Personen ermittelt, die in dieser Situation sind. Aus den Gesprächen (mit den Betroffenen, den RK-Ausbildnerinnen und der Sekretärin der IG Pflegehelfer/-in SRK) geht hervor, dass die Migrantinnen und Migranten in dieser (nicht berufsbildenden) Ausbildung auch eine Möglichkeit sehen, in den schweizerischen Arbeitsmarkt einzusteigen.

Die Mehrheit der Personen, die gemäss unseren Erhebungen von *Brain Waste* betroffen sind, stammt aus Schwellen- und Entwicklungsländern. Diese Feststellung ist mit der Herkunft der Teilnehmenden an den Pflegehelferkursen des RK in Verbindung zu setzen. Der Genfer Kantonalverband weist eine sehr heterogene Gruppe auf, wobei der Grossteil der Personen aus Ländern mit niedrigem

Einkommen kommt. In St. Gallen nehmen Personen aus dem Balkan eine ähnliche Position ein. Auch im Wallis stammt die Hälfte der ausländischen Teilnehmenden der RK-Pflegehelferkurse aus Ländern mit tiefem Einkommen.

In vertiefenden Gesprächen haben uns die von *Brain Waste* betroffenen Migrantinnen und Migranten von ihrer Motivation berichtet, innerhalb der Gesundheitsberufe aufzusteigen. Die Position in der Pflegeassistenz wird in der Regel als vorübergehend angesehen, einige der Personen fürchten jedoch, nicht weiterzukommen. Sie streben einen beruflichen Aufstieg an, sobald die Umstände dies zulassen. Die Möglichkeiten zur (Re-)Qualifikation werden genutzt. Die Befragten zeigen Interesse dafür und viele von ihnen machen davon Gebrauch. In diesem Zusammenhang werden die Verfahren zur Anerkennung ausländischer Diplome als Chance erachtet. Dies geht aus dem Erhebungsteil zur Anerkennung der ausländischen Pflegefachdiplome hervor.

In den Gesprächen liessen sich die Schwierigkeiten in Erfahrung bringen, die die ausländischen Migrantinnen und Migranten bei ihren Qualifikations- und Requalifikationsbestrebungen behindern. Neben den soziokulturellen und psychologischen Problemen im Zusammenhang mit der Migration und der Anpassung an ein neues Umfeld (insbesondere bei Personen, die über den Asylweg in die Schweiz gelangten oder aus dem Balkan stammen und dort den Krieg miterlebt haben) wurden von den befragten Personen folgende Hindernisse beschrieben:

- administrative: Erhalt einer Aufenthaltsbewilligung, die den Zugang zum Arbeitsmarkt öffnet bzw. erleichtert; Beschaffung von Informationen über Möglichkeiten zur (Re-)Qualifikation; Verständnis des Verfahrens zur Anerkennung ausländischer Titel; Erfüllung aller administrativen Vorgaben des SRK; Umsetzung der verlangten Ausgleichsmassnahmen
- finanzielle: Ausgaben für Sprachkurse; Deckung der Kosten für das Anerkennungsverfahren und die Umsetzung von Ausgleichsmassnahmen; Lohnausfall während der (Re-)Qualifikation
- sprachliche: Schwierigkeiten, die Sprache – bzw. in der Deutschschweiz die Sprachen – der Aufnahmeregion zu lernen

Es erstaunt wenig, dass in Bezug auf typisch weibliche Berufe in unseren Gesprächen auch geschlechtsspezifische Schwierigkeiten (familiäre und eheliche Verpflichtungen; Mutterschaftspause; Haushaltsarbeiten; Einelternhaushalt infolge Scheidung, Trennung oder Todesfall), die durch die Migrationssituation zusätzlich verschärft werden, ausdrücklich erwähnt werden.

Diese Hürden und ihre subjektive Wahrnehmung können teilweise erklären, weshalb die Betroffenen zögern, einen Kurs zur (Re-)Qualifikation zu beginnen, oder warum sie das Verfahren zur Anerkennung des Titels abbrechen.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Unsere qualitative Studie hatte nicht zum Ziel, quantitative Aussagen darüber zu liefern, welcher Anteil des fehlenden qualifizierten Pflegepersonals mittels (Re-)Qualifikations-Massnahmen bei von *Brain Waste* betroffenen zugewanderten Pflegeassistentinnen und –assistenten kompensiert werden könnte. Aufgrund der Ergebnisse lassen sich trotzdem einige Aussagen machen.

Von den Personen, die an einem Pflegehelferkurs des RK teilnehmen, sind relativ wenige im Besitz eines Titels im Gesundheitsbereich (*Brain Waste* im engeren Sinne). Die Tatsache, dass es uns bei den Untersuchungen leicht gefallen ist, weitere Fälle zu identifizieren, lässt jedoch darauf schliessen, dass es noch weitere solche Personen gibt. Die Bildungsressourcen der Pflegeassistentinnen und -assistenten mit einem tertiären Abschluss in einem nicht gesundheitsbezogenen Bereich (*Brain Waste* im weiteren Sinne) sollten ebenfalls berücksichtigt werden.

Abbrüche des Verfahrens zur Anerkennung eines ausländischen Titels im Gesundheitsbereich sowie Unschlüssigkeit, ein solches Verfahren zu beginnen, stehen zweifelsohne mit den Hindernissen auf

dem Weg zur Anerkennung von Titeln in Zusammenhang. Die Zahl der Personen, die kein solches Verfahren beantragen, ist nicht bekannt. Es ist somit auf allen Ebenen ein Humankapital vorhanden, das genutzt werden sollte.

Der gute Wille der Betroffenen allein reicht nicht aus, um der *Brain-Waste*-Situation zu entkommen. Probleme treten oft gehäuft auf. Es ist häufig schwer, den Einfluss eines einzelnen Faktors zu beurteilen. Die Einzelpersonen sehen sich nicht alle den gleichen Schwierigkeiten ausgesetzt und leiden unterschiedlich stark unter ihnen. Wie die von uns erstellten typischen Profile zeigen, verfügen sie über unterschiedliche Ressourcen und Nachteile, wobei sich diese im Verlaufe der Zeit verändern können. Diese Feststellung spricht dafür, nach Lösungen zu suchen, die die Heterogenität der individuellen Situationen einbeziehen. Eine Aufwertung dieses Potenzials mittels eines angemessenen Bildungsangebots zur (Re-)Qualifikation würde zweifellos dazu beitragen, eine tendenziell unbeständige Personengruppe an den Gesundheitsbereich zu binden.

Die Suche nach Lösungen schliesst folgende Punkte ein:

- die Verbreitung von Informationen über die Möglichkeiten der (Re-)Qualifikation bei zugewandertem Pflegeassistentenpersonal, das von *Brain Waste* betroffen ist, sowie bei dessen RK-Ausbildnerinnen und -Ausbildnern und dessen Arbeitgeber verbessern
- das Verständnis für die bestehenden Kurse zur (Re-)Qualifikation verbessern
- Unterstützungsmöglichkeiten verbessern, die zum Verständnis der Verfahren zur Anerkennung von ausländischen Diplomen im Gesundheitsbereich dienen
- die administrativen Vorgaben des SRK bezüglich der Zusammenstellung eines Bewerbungsdossiers für das Verfahren zur Anerkennung eines ausländischen Titels anpassen, indem die konkreten Schwierigkeiten der antragstellenden Person, insbesondere der Personen aus Staaten mit schwacher Gouvernanz, berücksichtigt werden
- einen (Re-)Qualifikationsablauf erstellen, der die Heterogenität der Bildungswege des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals, das von *Brain Waste* im engeren Sinne betroffenen ist, berücksichtigt
- einen gezielten (Re-)Qualifikationsablauf erstellen, der die Bildungsressourcen des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals, das von *Brain Waste* im weiteren Sinne betroffen ist, berücksichtigt
- dem zugewanderten Pflegeassistentenpersonal, das von *Brain Waste* betroffen ist, durch finanzielle Unterstützung den Besuch eines (Re-)Qualifizierungskurses ermöglichen
- den Personen, die einen Antrag auf Anerkennung ihres ausländischen Titels im Gesundheitsbereich gestellt haben, helfen, die ihnen auferlegten Ausgleichsmassnahmen durch vergütete Praktika und Zuschüsse für Zusatzausbildungen zu erfüllen
- die Arbeitgeber dazu veranlassen, die Praktikantinnen und Praktikanten während der (Re-)Qualifikation zu entlohnen und gegebenenfalls Institutionen, die solche Praktika anbieten, finanziell unterstützen
- die Begleitung des zugewanderten Pflegeassistentenpersonals, das von *Brain Waste* betroffen ist, während der (Re-)Qualifikation verstärken
- die Probleme von Personen aus Schwellen- oder Entwicklungsländern miteinbeziehen
- geschlechtsspezifische Probleme berücksichtigen
- die Schwierigkeiten, die zugewanderte Personen beim Erlernen der Sprache/n der Gastregion haben könnten, beachten
- subventionierte Kurse organisieren, die sprachlich auf diese heterogene Bevölkerungsgruppe, auf kommunikative Fähigkeiten und für die Pflegeberufe nützliche Sprachkenntnisse ausgerichtet sind

Diese Empfehlungen entsprechen der Sichtweise der Autoren.

1 Introduction

A l'heure où la restructuration du système de santé et de formation aux professions de la santé bat son plein, la question de la pénurie en personnel de soins et d'accompagnement qualifié est à l'ordre du jour dans l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (OCDE 2007, 2008). Les institutions de soins suisses y remédient aujourd'hui en recrutant du personnel de santé qualifié dans les pays voisins et lointains. Conscients du risque d'une dépendance accrue à l'égard de l'étranger, les autorités sanitaires de notre pays entendent favoriser la formation de notre personnel de soins et souhaitent déployer des moyens pour retenir ou réinsérer les personnes formées au sein du système de santé. En écho à ces préoccupations, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) s'est intéressé à un phénomène actuel du *brain waste* (gaspillage de la matière grise) parmi les effectifs de personnel auxiliaire de santé migrant. La fonction d'auxiliaire de santé nécessitant peu de qualifications, des personnes détentrices de diplômes étrangers dans le domaine des soins, ou au bénéfice d'un niveau de formation supérieur dans un autre secteur, occuperaient un emploi dans ce secteur de notre système de santé pour lesquels elles sont surqualifiées. La question se pose par conséquent de savoir dans quelle mesure une prise en compte plus adaptée des compétences et une meilleure utilisation du potentiel des immigrés, employés comme auxiliaires dans notre pays, serait un moyen de combler une partie du déficit en personnel de soin qualifié qui s'annonce à l'horizon des années 2020-2030. (Dolder et Grünig 2009 ; Jaccard Ruedin et Weaver 2009 ; Jaccard Ruedin, Weaver, Roth et Widmer 2009). Dans le cadre de son domaine de compétences « Professions de la santé et offre en soins », l'Obsan a choisi d'aborder cette question de deux manières: décrire le phénomène du *brain waste* au sein de cette catégorie d'acteurs au bénéfice de titres étrangers reconnaissables ou non par les autorités fédérales employés dans les soins de longue durée en Suisse ; estimer la motivation des mieux dotés en capital de formation à progresser dans la filière de soins. Le présent rapport fait suite à l'appel d'offre qui a eu pour but de répondre à cette double problématique, jusqu'ici mal documentée pour la Suisse.

1.1 Objectifs de recherche

Les objectifs de recherche, tels qu'ils ont été énoncés dans le mandat de l'Obsan, peuvent se résumer en cinq questions principales :

- Un phénomène de gaspillage des compétences (*brain waste*) touche-t-il en Suisse des personnes issues de la migration qui sont employées en tant qu'auxiliaires de santé ?
- Si un tel phénomène existe au sein de cette catégorie d'acteurs peut-on évaluer son importance et en identifier les raisons ?
- Quelles sont les motivations des auxiliaires migrants à poursuivre leur formation dans la filière des soins ?
- Y a-t-il des trajectoires suffisamment caractéristiques au sein de cette population hétérogène qui permettent de comprendre ces motivations ? En d'autres termes peut-on ramener les biographies individuelles à des profils types ?
- La mise en place de mesures de requalification appropriées des auxiliaires migrants en situation de *brain waste* parviendrait-elle à combler une partie du déficit en personnel de santé qui s'annonce ?

1.2 Démarche

Notre étude qualitative¹ s'est donnée pour tâche de fournir une image réaliste du capital en ressources exploitables de personnes qualifiées, issues de la migration, qui travaillent (ou cherchent un emploi) en tant que personnel auxiliaire de santé dans des Etablissements médico-sociaux (EMS) ou des Centres médico-sociaux (CMS)² des cantons de Genève, de Saint-Gall et du Valais romand.

Le choix des trois cantons répond à deux considérations fondamentales : 1) explorer des réalités contrastées, significatives de la diversité qui existe sur le plan helvétique d'un point de vue linguistique (francophone, alémanique), géographique (cantons frontaliers vs canton plus enclavé) et quant à la répartition de sa population immigrée (cosmopolitisme à Genève, prédominance des originaires des pays des Balkans à Saint-Gall, prédominance des pays du sud de l'Europe en Valais) ; 2) tenir compte de l'opposition cantons urbains vs cantons urbains et ruraux.

Une première série d'entretiens était destinée à documenter la perspective d'acteurs institutionnels directement concernés par les auxiliaires de santé migrants : les personnes qui les forment, celles qui les recrutent, les emploient, gèrent et administrent leur travail. Des interviews auprès d'un membre du directoire de la Communauté d'intérêts suisse des auxiliaires de santé CRS (CI AS CRS) et de trois représentants des institutions faïtières des cantons respectifs nous ont donné une vision complémentaire de la situation qui prévaut en matière d'auxiliaires de santé immigrés aux niveaux suisse et cantonal. Directement en lien avec la question du *brain waste*, nous avons interrogé des expertes de la CRS chargées, au niveau national, d'évaluer la reconnaissance des titres professionnels dans le domaine de la santé obtenus à l'étranger. Nous avons pu, par ce biais, comprendre les détails de la procédure administrative prescrite aux candidats. Les chiffres concernant les demandes d'homologation des diplômes étrangers d'infirmière qui nous ont été fournis par la CRS nous ont permis d'établir une photographie complète de la période 2002 – 2010. Des données plus détaillées, couvrant la période 2007 – 2010, nous ont donné le moyen de distinguer les équivalences accordées sans ou à la suite de l'accomplissement de mesures de compensation.

Les formatrices CR des trois cantons étudiées nous ont par ailleurs mis à disposition les dossiers de candidature aux cours d'auxiliaire de santé. Leur dépouillement nous a permis de mettre en évidence le rayonnement de chaque antenne sur le bassin de la population locale et d'identifier d'éventuels cas de *brain waste* parmi les inscrits. Nous n'avons pas seulement repéré des personnes détentrices d'un titre étranger dans le domaine des soins (*brain waste* au sens strict) mais également des individus au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire accomplie, avant leur arrivée en Suisse, dans un autre secteur (*brain waste* au sens large). L'analyse de ces fiches, notre connaissance du terrain et nos enquêtes initiales auprès des acteurs institutionnels, nous ont incitées à centrer notre seconde série d'entretiens sur les ressortissants des Etats tiers émergents et en développement³ en situation de *brain waste* au sens strict et au sens large. Les travaux consacrés à la pénurie du personnel de santé à laquelle se trouve confronté notre système de soins s'accordent dans le souci d'« utiliser de façon optimale le potentiel de développement de la migration » (Huber et Mariéthoz 2010 : 9). Force est pourtant de constater qu'aucune étude n'a jusqu'ici tenté de mettre en évidence la sous-exploitation du potentiel et les risques de déqualification qui pèsent sur les personnes appartenant à cette tranche

¹ Une équipe formée de chercheurs de la Fachhochschule de Berne a mené une étude de nature quantitative en parallèle à la nôtre. Les deux démarches ayant été imaginées dans une volonté d'éclairage mutuel, nous renvoyons le lecteur à cette publication. Christa VANGELOOVEN, Dirk RICHTER et Petra METZEHTHIN (2012). *Auxiliaires de santé migrants et brain waste (gaspillage de compétences). Données quantitatives sur les caractéristiques sociodémographiques, les qualifications et la motivation professionnelle dans les domaines des soins de longue durée et de l'aide et des soins à domicile*. Neuchâtel : Obsan.

² Notre enquête s'est concentrée sur le personnel auxiliaire de santé immigré employé dans les établissements du secteur public. Elle n'aborde pas la question du travail des ressortissants étrangers dans les institutions médico-sanitaires du secteur privé. Notre connaissance du terrain nous conduit cependant à penser qu'une telle recherche s'avérerait indispensable à qui entend mettre en lumière le phénomène du travail au noir des diplômés (des Etats tiers) et partant à identifier les cas de déqualification qui résultent de leur emploi dans l'économie souterraine de notre pays.

³ Nous nous servirons également des désignations « pays du Sud et de l'Est », « pays à faible revenu » en opposition aux « pays à haut revenu » ou encore d'« Europe extracommunautaire » ou d'« Europe des Balkans ». Il s'agit là d'un choix à toute fin pratique sachant bien que ces étiquettes fournissent des éclairages différents et sont sujettes à controverses.

de la population migrante en Suisse. Notre enquête de terrain nous a pourtant rapidement conduit à postuler que ce sont ces immigrés qui paraissent les plus exposés au phénomène de gaspillage des compétences. Ces cas probants, soumis ordinairement à une procédure d'homologation compliquée, se distinguent de la reconnaissance automatique des diplômes de l'Union européenne (UE) / Association européenne de libre-échange (AELE) qui est entrée en vigueur après la signature des accords bilatéraux de 2002.

Notre recherche ne prétend pas à l'exhaustivité. Centrée sur un nombre réduit d'individus, elle vise à décrire des profils emblématiques et, à travers l'étude de parcours de vie significatifs, à rendre visible des mécanismes propres à notre système d'insertion dans le monde professionnel de la santé, ainsi qu'à la politique suisse en matière d'immigration.

Les auxiliaires de santé sur qui porte l'enquête sont des migrants installés en Suisse. Ce rapport concerne donc de manière assez indirecte le sujet des migrations de travail. Les questions qu'il soulève sont celles de l'utilisation de compétences endogènes déjà disponibles et de la consolidation d'un potentiel de connaissances et de savoir-faire en friche. Il convient en conséquence, pour cette recherche, de raisonner en termes du renforcement (*empowerment*) de ces dispositions.

1.3 Structure du rapport

Ce rapport est divisé en huit parties. Les pages qui suivent directement cette introduction présentent la méthodologie de l'étude. La section ultérieure est consacrée à une brève revue de la littérature relative aux thématiques qui concernent notre recherche. Les trois chapitres suivants présentent nos analyses et nos résultats. Le chapitre 4 nous permet d'établir, grâce à nos enquêtes auprès des antennes de la Croix-Rouge (CR) des cantons de Genève, de Saint-Gall et du Valais romand et au dépouillement des fiches d'inscription une photographie de la situation qui prévaut dans ces régions en matière de *brain waste* au sens strict et au sens large au sein des immigrés ayant suivi la formation d'auxiliaire de santé CRS. Le chapitre 5 est centré sur la procédure de reconnaissance des titres étrangers d'infirmière⁴. Nous nous employons à faire ressortir les mécanismes d'un système d'homologation, piloté par la CRS sous délégation de l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), qui transcende les frontières cantonales. Nous nous donnons ainsi les moyens de décrire et d'analyser plusieurs aspects du phénomène du *brain waste* au sens strict tel qu'il nous paraît extrapolable pour l'ensemble de la Suisse. Le chapitre 6 se donne pour but de présenter la réalité du *brain waste* à partir du point de vue de ceux qui la vivent. Le discours de certains acteurs institutionnels (les expertes chargées de la reconnaissance de titres et les infirmières-chefes d'EMS) viendra dialoguer avec cette dimension vécue et subjective. Nous y présentons une diversité de cas emblématiques d'immigrés aux prises avec des difficultés parfois variables, parfois similaires. Nous y montrons que la trajectoire socioprofessionnelle des infirmières migrantes en provenance d'Etats tiers émergents et en développement qui entendent trouver un emploi qualifié dans leur domaine ou faire reconnaître leur diplôme étranger est semée d'embûches. Les obstacles à

⁴ Suivant des conventions implicites liées à l'image que véhiculent les professions qu'ils désignent, nous avons décidé d'adopter le féminin (incluant les hommes) pour le pluriel des termes « aides-soignantes » ou « infirmières ». Les mots « participants », « étrangers », « immigrés », « médecins », « migrants » ou les syntagmes « auxiliaires de santé », « soignants immigrés » ou « soignants migrants » (liste non exhaustive) sont à l'inverse au masculin mais incluent les femmes. Nous parlerons enfin d'« expertes de la Croix-Rouge Suisse (CRS) » pour le simple fait que l'ensemble des postes affectés à la reconnaissance des titres étrangers à la maison mère de la CRS à Wabern sont actuellement occupés par des femmes. La terminologie des professions dans le domaine des soins induit facilement en erreur en vertu des changements profonds dont notre système de formation est le théâtre depuis ces deux dernières décennies. Preuve en est que la recherche de correspondances, et partant l'établissement d'équivalences, entre d'anciens diplômes obtenus en Suisse et les nouveaux titres qui sont délivrés, s'avère une tâche bien compliquée pour nos autorités sanitaires. Nous appliquerons pour notre part le terme « auxiliaire de santé » en alternance avec « personnel auxiliaire de santé » pour nous référer aux positions qui soit n'exigent aucune formation spécifique soit servent à désigner les personnes qui ont obtenu l'attestation non professionnelle délivrée par la CRS à l'issue de son cours d'auxiliaire de santé. Nous invitons le lecteur à se reporter à la liste bilingue des professions qui figure en annexe du présent rapport.

surmonter sont de différentes natures : administratifs, juridiques, économiques, sociaux, psychologiques, linguistiques, culturels. Ces facteurs n'agissent pas isolément mais se combinent. Les infirmières étant, comme on le sait, dans leur écrasante majorité des femmes, l'effet genre se révèle souvent d'une importance considérable. La conclusion (chapitre 7) du rapport s'applique à mettre en perspective les aspects principaux des résultats obtenus et les pistes d'action à privilégier. Le document se termine par une série de recommandations (chapitre 8). Nous avons par ailleurs introduit dans les parties consacrées à l'analyse deux sortes d'encadrés afin d'alléger la lecture. Les premiers fournissent des informations concernant la formation au cours d'auxiliaire de santé CRS et la procédure de reconnaissance des diplômes étrangers d'infirmière. Les seconds présentent quatre portraits emblématiques ayant pour but de ramener la trajectoire de vie individuelle de nos informateurs à des profils types.

2 Méthodologie

2.1 Une conception opérationnelle de la notion de *brain waste*

Prenant acte de l'abondante littérature consacrée aux processus de déqualification/requalification liés à la migration dont nous effectuons la revue ci-dessous, nous avons pris l'option de mettre en place une conception opérationnelle de la notion de *brain waste* pour réaliser cette étude. S'agissant pour nous d'identifier des exemples concrets de déqualification au sein du personnel auxiliaire mais aussi d'identifier un potentiel de compétences à promouvoir, nous avons choisi de ne pas réserver la notion de « gaspillage de la matière grise » aux seuls cas que nous dénommons *brain waste* au sens strict, à savoir les personnes immigrées au bénéfice d'un diplôme d'infirmière, d'un certificat d'aide-soignante ou d'un autre titre dans le domaine de la santé, acquis dans leur pays de provenance, qui sont employées comme auxiliaires de santé, soit en dessous de leur niveau de qualification professionnel. Notre repérage initial montrait que nombre de migrants dotés de qualifications professionnelles de niveau tertiaire, dans d'autres secteurs d'activité, avaient vu dans le cours d'auxiliaire de santé CR une opportunité d'intégrer le marché de l'emploi helvétique. Il s'agissait pour nous, sur la base de cette observation issue du terrain, de nous donner les moyens méthodologiques de rendre visible ce phénomène de déqualification professionnelle via une réorientation au bas de l'échelle des activités médico-sociales. Optant pour une conception étendue du phénomène de déqualification, nous avons de la sorte considéré que les ressortissants étrangers pouvant faire valoir d'une formation professionnelle de niveau tertiaire mais qui, n'exerçant pas dans leur secteur d'activité, travaillent comme auxiliaires, ou se forment à ce métier via le cours dispensé par les antennes cantonales de la CR, se trouvent dans une situation de *brain waste* que nous avons appelé au sens large.

2.2 Cadre théorique

Notre approche est fondée sur la *grounded theory* « théorie ancrée » (Bryant et Charmaz 2008 ; Glaser et Strauss 2009 ; Strauss 1992). Il s'agit d'une démarche empirique, et ce faisant inductive, centrée sur le point de vue et sur les pratiques des individus. Cette méthodologie qualitative (Becker 2002 ; Olivier de Sardan 2008) s'intéresse à l'agir des personnes qui sont étudiées. Elle s'emploie à dégager leurs raisonnements, leurs perceptions et leurs représentations entendant de la sorte pouvoir rendre compte de la manière dont les acteurs sociaux se situent à travers leurs pratiques dans les différents domaines de leur existence. La *grounded theory* s'appuie sur les techniques d'observation et d'écoute développées dans le cadre de l'ethnographie. Elle recourt aux entretiens approfondis semi-structurés en accordant une place créative au dialogue. Les méthodes de traitement des données recueillies au cours des interviews sont inspirées de l'analyse thématique et de l'herméneutique (Paillé et Mucchielli 2006 ; Strauss et Corbin 2003). La *grounded theory* n'est pas une méthode linéaire. Souple et évolutive, la démarche proposée offre la possibilité, primordiale pour une recherche visant à la découverte, d'intégrer en cours de route les informations, les argumentations et les pistes nouvelles. Il devient ce faisant fondamental pour les chercheurs d'affiner progressivement le ciblage des informateurs comme de resserrer les questions posées lors des interviews dans l'optique de parvenir à saturer les informations récoltées. Contrairement aux approches ethnographiques traditionnelles essentiellement descriptives, la *grounded theory* vise à la théorisation conceptuelle (Laperrière 1997).

2.3 Enquêtes et récolte des données

Nos entretiens et relevés d'informations chiffrées ont, pour la plupart, été menés durant l'été et l'automne 2010. Des enquêtes complémentaires ont eu lieu en décembre 2010 ainsi qu'en avril 2011. La quête d'ultimes précisions ou éclaircissements utiles à une analyse ou à une interprétation s'est, quant à elle, révélée nécessaire jusqu'au terme du projet.

Le travail sur le terrain a été réparti par canton entre les chercheurs. Jean-Luc Alber, Jeanne Carruzzo puis, suite au départ de celle-ci, Aline Glassey-Duarte ont assuré la partie valaisanne du terrain. Ibrahima Guissé s'est occupé du recueil des données genevoises. Il a été suppléé dans cette tâche par Eve Bellani dans la toute dernière phase du processus. Hans-Peter von Aarburg s'est chargé de son côté du terrain saint-gallois.⁵ Chacun a eu pour tâches de :

- récolter des informations auprès d'acteurs institutionnels cantonaux⁶ par le biais d'entretiens semi-structurés enregistrés et/ou par une prise de note détaillée
- dépouiller les dossiers des participants au cours d'auxiliaire de santé CRS sur la période 2007-2010 dans le but de repérer les éventuels cas de *brain waste*
- suivre un plan d'action concerté destiné à identifier des auxiliaires de santé en situation de *brain waste* avéré
- réaliser des entretiens semi-structurés enregistrés avec une quinzaine de ces personnes

L'enquête concernant la procédure de reconnaissance des diplômes étrangers d'infirmière ainsi que l'ensemble des entretiens auprès des expertes CRS ont été réalisés par Jean-Luc Alber.

2.3.1 Entretiens avec les acteurs institutionnels

Les 26 entrevues avec les acteurs institutionnels se sont pour la plupart déroulées à leur lieu de travail, d'autres au téléphone. Elles ont été réalisées sur la base d'une grille commune, augmentée de questions spécifiques par catégorie de répondants. Un échange de courriels, sur une durée allant parfois jusqu'à plusieurs mois, a constitué un moyen efficace d'obtenir des informations, des éclaircissements ou des précisions. Nous avons interviewé cinq catégories d'acteurs institutionnels :

- Les membres du directoire de la CI AS CRS
La première assemblée générale de la CI AS CRS a eu lieu le 4 mai 2010 à l'Office fédéral des migrations de Berne. Outre une prise de connaissance de l'action menée par la CI AS CRS, notre présence nous a permis de nouer des contacts avec des personnes engagées dans ce processus de défense des intérêts. La secrétaire de la Communauté nous a fourni un panorama général de la situation et des enjeux liés à l'activité des auxiliaires de santé en Suisse. Elle nous a rendus attentifs aux menaces qui pèsent sur cette catégorie d'acteurs et sur les stratégies mises en œuvre au sein de la Communauté en vue de consolider leur statut.
- Les expertes en reconnaissance de titres professionnels du département Santé et intégration de la CRS
Rappelons qu'à partir du 1^{er} janvier 2007 et jusqu'à fin 2011, la CRS reste, en vertu d'un nouveau contrat passé avec l'OFFT, compétente en matière de reconnaissance des titres professionnels étrangers dans le domaine de la santé. Nous avons réalisé plusieurs entretiens avec des expertes de cette organisation chargées d'évaluer les demandes de reconnaissance des titres étrangers des aides-soignantes et des infirmières qui ont eu l'objectif de décrire la « mécanique » administrative

⁵ Ces entretiens ayant été réalisés en allemand et en suisse-allemand, il s'est chargé de traduire les extraits cités dans ce rapport en français.

⁶ La liste des acteurs institutionnels et des auxiliaires de santé interviewés figure dans l'annexe 1. Respectant le désir du plus grand nombre d'entre eux, nous avons pris la décision de garantir l'anonymat de l'ensemble de nos informateurs.

en vigueur et d'identifier les difficultés qui existent en matière de reconnaissance des titres, notamment eu égard à l'origine des migrants.

- Représentants des institutions faitières des EMS et des CMS au niveau cantonal
- Formatrices CR des trois cantons

Ces protagonistes se sont révélées d'une grande importance méthodologique puisqu'elles nous ont entre autres orientés dans les fiches d'inscription des personnes qui ont suivi le cours d'auxiliaire de santé CRS. En Valais romand et à Genève, elles nous ont également mis en contact avec des auxiliaires migrants qui ont accepté de participer à l'enquête.

- Responsables administratifs et infirmiers chefs d'EMS et de CMS

Tout comme les formatrices, les responsables administratifs et les infirmiers-chefs entretiennent des relations directes avec des auxiliaires de santé migrants et sont directement impliqués dans le processus d'intégration de ce personnel. Ils ont, à travers leurs tâches d'organisation et de gestion, l'occasion de développer une connaissance explicite des membres de ce secteur d'activité, de juger du travail effectué, d'estimer les ressources mobilisables et d'identifier les difficultés rencontrées dans l'exercice de leur emploi. Ces acteurs nous ont livré des appréciations, qui se sont avérées utiles à notre étude, sur la diversité des personnes qui sont regroupées dans ce même secteur d'activité. Les responsables administratifs nous ont fait également part de leur politique de recrutement et de promotion.

2.3.2 Entretiens avec les auxiliaires de santé

La constitution de notre échantillon d'informateurs auxiliaires de santé a été réalisée de plusieurs manières. Nos premières enquêtes dans les trois cantons nous ont conduit à examiner la population des participantes au cours d'auxiliaire CRS dans l'optique d'identifier d'éventuels cas de *brain waste*. Les résultats obtenus suite à ces démarches nous ont convaincu de la nécessité d'élargir notre champ d'action en nous attachant, en parallèle, à identifier des cas probants via les EMS et les CMS des trois cantons. Le fait que les nouvelles personnes identifiées soient passées au préalable par la formation dispensée par la CR était considéré comme sans importance. Etoffant encore nos critères d'échantillonnage, nous nous sommes appliqués à découvrir des immigrés détenteurs d'un titre dans le domaine des soins délivré à l'étranger mais qui ne travaillaient pas dans ce secteur d'activité. Le rôle d'intermédiaire de plusieurs infirmières-chefes d'EMS s'est révélé crucial à Saint-Gall et bénéfique dans les deux autres cantons. Nos autres futurs interlocuteurs ont été découverts grâce aux réseaux informels des chercheurs et à travers l'effet boule de neige entre informateurs. Une enquête destinée à documenter leur situation spécifique, en leur donnant la parole, semblait souhaitée par les auxiliaires migrants que nous avons interviewés. Nous avons de la sorte profité d'un accueil très favorable et d'une attitude impliquée de la part de nos interlocuteurs. Titulaires d'un titre dans le domaine de la santé obtenu dans leur pays d'origine, certains répondants n'avaient pas entamé de démarche d'homologation. D'autres étaient en cours de procédure au moment de l'enquête. Quelques informateurs, arrivés au terme de la procédure de reconnaissance, nous ont par ailleurs décrits leur parcours antérieur. Les entretiens ont été réalisés suivant un schéma d'entrevue standardisé dans l'optique de :

- reconstituer leurs trajectoires de déqualification / requalification
- documenter leur perception subjective relative à leur situation de *brain waste*
- évaluer leur attitude et leur motivation à progresser dans les échelons des professions de soin.

Variable dans leur densité informationnelle, les 41 entretiens ont duré d'une trentaine de minutes à une heure trente. Tous les enregistrements ont été transcrits dans leur intégralité.

Tableau 2.1 Tableau récapitulatif du nombre d'entretiens effectués (catégories de personnes interrogées)

| Au niveau cantonal | GE | VS | SG |
|--------------------------------------------------------|----|-----------|----|
| Formatrices CRS | 1 | 1 | 1 |
| Représentants des associations faitières (EMS/CMS) | 1 | 1 | 1 |
| Responsables adm./ Infirmiers-ères chefs-fes (EMS/CMS) | 3 | 4 | 7 |
| Auxiliaires de santé | 11 | 15 | 15 |
| Sous-total | 16 | 21 | 24 |
| Au niveau national | | | |
| Membre du directoire de la CI AS CRS | | 1 | |
| Expertes chargées de la reconnaissance des titres | | 5 | |
| TOTAL | | 67 | |

2.4 Méthode d'analyse et présentation des données

Nous avons procédé au dépouillement des dossiers de candidature au cours d'auxiliaire de santé des antennes CR des trois cantons étudiés dans le but de dénombrer les personnes en situation de *brain waste* et d'établir un aperçu de la population concernée.

Nous avons également interprété, sous forme de graphique, les données chiffrées de la CRS concernant l'homologation des diplômes étrangers d'infirmière sur les périodes 2002 à 2010 et 2007 à 2010. Il s'agissait d'établir une photographie des reconnaissances par pays de délivrance avec ou sans mesures de compensation.

L'analyse thématique de nos entretiens a consisté à condenser les raisonnements de nos interlocuteurs pour les intégrer à un discours synthétique. Nous nous sommes focalisés sur les difficultés types auxquelles sont confrontés les auxiliaires migrants en situation de *brain waste* dans leurs tentatives de requalification.

La volonté d'étudier la réalité telle que la vivent, ou tout au moins l'expriment, les personnes concernées nous a conduit à analyser les parcours d'intégration de nos informateurs migrants en adoptant le point de vue subjectif des intéressés. Le discours des immigrés relatifs à leur situation occupe donc une place privilégiée dans ce rapport⁷. Nous appuyons ce faisant nos commentaires et nos analyses sur des citations tirées de nos entretiens. Ces extraits nous ont permis de restituer des narrations proches de l'expérience vécue, objectif méthodologique que nous nous étions fixés dans cette recherche. Des raisonnements développés dans nos entrevues par certains acteurs institutionnels (expertes de la CRS, employeurs et infirmiers-chefs) apparaissent également sous forme de citations dans ce rapport. Ce choix de montage polyphonique nous permet d'établir un dialogue à distance qui nous semble instructif.

Afin de ne pas se noyer dans la particularité des perceptions individuelles⁸ et de faire ressortir des lignes de force, nous avons eu recours à des portraits emblématiques, qui figurent en encadrés. Ils mettent l'accent sur les contrastes mais aussi sur les similitudes des trajectoires de vie. Toujours est-il que les auxiliaires de santé migrants — bien qu'en grande majorité de sexe féminin — constituent une population hétérogène sur le plan de l'âge, du parcours scolaire et professionnel, des origines géographiques, du répertoire linguistique et culturel, de la situation familiale et du vécu personnel notamment en matière d'expérience de la migration. Notre quarantaine d'informateurs reflètent certainement faiblement cette variété.

⁷ Se placer dans la perspective des immigrés a pour conséquence méthodologique de s'employer à comprendre la réalité telle qu'ils la vivent mais surtout telle qu'ils nous l'ont décrite et racontée au cours des entretiens. Non pas dans l'optique d'adhérer ou de croire à la vérité objective de ce qui est énoncé mais de prendre acte de raisonnements, d'accorder crédit à la réalité subjective de ce qui nous a été dit.

⁸ Le lecteur désireux de se faire une idée des trajectoires singulières de nos informateurs est invité à se reporter à notre annexe 2.

3 Littérature spécialisée en lien avec le *brain waste* et avec les auxiliaires de santé

La notion de *brain waste*, traduite selon les cas littéralement par « gaspillage des cerveaux » ou par « gaspillage de la matière grise » ou « des compétences », est un avatar récent des études sur les migrations. Elle fait partie d'un champ conceptuel ayant vu le jour dans les années 1960 qui a donné lieu à de multiples travaux consacrés à la question de la migration des personnes hautement qualifiées en provenance des pays à faible revenu vers les pays à haut revenu. Les premières recherches traitant de ce sujet se sont intéressées au *brain drain*, « fuite des cerveaux » ou « exode des compétences », formule désignant le phénomène d'émigration des spécialistes des pays du Sud vers des pays du Nord, causé prioritairement par l'internationalisation des grandes entreprises (Gaillard et Meyer 1996). Les mêmes auteurs notent que « si la notion de *brain drain* a perduré aussi longtemps c'est grâce en partie à son caractère évocateur et attractif qui permet immédiatement une association entre le phénomène et son interprétation. » Ils soulignent cependant « que force est de constater que sa définition n'a jamais été définitivement acquise et que le même terme est évoqué pour d'écrire ou analyser des phénomènes migratoires différents. » (Gaillard et Meyer 1996 : 331). L'expression *brain drain* a généré dans son sillage toute une panoplie de locutions fondées sur la métaphore du cerveau parmi lesquelles *brain gain* « gain de cerveaux » selon qu'on situe le processus de transfert dans la perspective du receveur, *brain overflow* « surplus de cerveaux » qu'on l'inscrive dans celle du pourvoyeur, ou encore *brain mobility* « mobilité des cerveaux » visant à étiqueter le flux multidirectionnel des compétences dans le contexte d'une économie mondialisée et de réseaux scientifiques dominés par la logique du transnationalisme.

Constatant l'hémorragie des personnes hautement qualifiées des pays en développement et leur afflux massif dans les pays développés, les organisations internationales (Banque mondiale, OCDE, Organisation internationale du travail (OIT), Organisation internationale pour les migrations (OIM)) se sont toutes emparées du thème du *brain drain / brain gain*. (Keeley 2009 ; Özden et Schiff 2006).

Une majorité des nombreux travaux quantitatifs a été consacrée au flux de personnels scientifiques et techniques qualifiés provenant des secteurs de la santé (*care drain*). L'exode des médecins et des infirmières constitue, ce faisant, un domaine d'intérêt privilégié des études sur les migrations professionnelles. L'International Council of Nurses (ICN) s'est de la sorte appliqué à étudier les effets de la migration sur le personnel de santé (Kingma 2007). D'autres travaux ont été menés à grande échelle dans une perspective comparative. Les publications récentes de l'OCDE (2007 ; 2008) mettent en lumière la situation de pénurie qui frappe les pays de l'Organisation en matière de personnels de santé qualifiés. Les rédacteurs tirent la sonnette d'alarme quant au risque d'une aggravation du phénomène. Le transfert des compétences via la migration constitue une des options envisagées. Cette solution est toutefois l'objet de nombreuses critiques qui mettent l'accent d'une part sur le risque d'une dépendance internationale, d'autre part sur des considérations de nature éthique relatives aux inégalités entre pays riches et pays pauvres qui résultent de l'exode des compétences. Les autres mesures préconisées vont de la formation accrue de personnel au niveau occidental, européen et national à la fidélisation de professionnels volatiles ou à la réinsertion des personnes qualifiées ayant quitté le secteur de la santé. L'identification d'un potentiel de compétences endogènes sous-exploitées, et ce faisant à promouvoir, a également retenu l'intérêt des chercheurs.

On l'a mentionné ci-dessus, le phénomène du *brain drain* qui caractérise les professionnels de la santé en provenance des Etats tiers émergents et en développement est souvent dénoncé comme une ponction de ressources rares par les pays riches au détriment des pays pauvres déjà préterités par un déficit endémique en matière de soins de base. En quête de conditions de vie plus favorables, ces spécialistes hautement qualifiés du secteur sanitaire migrent surtout en vue de bénéficier d'un environnement dans lequel ils trouvent l'opportunité socio-économique de faire valoir leurs compétences comme d'en favoriser le développement. La notion de *brain waste* a, quant à elle, été imaginée pour rendre compte du cas qui nous intéresse ici, celui des migrants qui rencontrent une situation professionnelle difficile dans un pays de destination. Suivant Salt (1997 : 5), « cette notion

décrit la perte de qualification qui intervient quand des travailleurs très qualifiés prennent des emplois qui n'exigent pas l'application des compétences et de l'expérience qui s'appliquaient à leur emploi précédent. »

Certaines études relatives au *brain waste* sont consacrées à des pays d'accueil particuliers tels que l'Australie (Hawthorne 2001 ; Howe 2009), le Canada (Blythe et al. 2009 ; Kolawole 2009) ou les Etats-Unis (Mattoo, Neagu et Özden 2006). A titre d'exemple significatif, De Veer, den Ouden et Francke (2004) s'intéressent aux obstacles que rencontre le personnel de santé migrant en Hollande. Les barrières à l'intégration mises en évidence dans cette étude vont des contraintes juridiques aux difficultés à apprendre la langue vernaculaire, à faire reconnaître son titre ou encore à s'adapter au modèle de santé hollandais. Allan et Larsen (2003) conduisent, de leur côté, une recherche en Grande Bretagne sur le vécu du personnel de santé en provenance d'Europe, d'Australie, d'Afrique et des Philippines. Les auteurs analysent les relations complexes qui existent entre motifs de migration, conditions d'existence, formations supplémentaires nécessaires au processus d'intégration professionnelle et situation financière des répondants. La recherche de Palese, Cristea Mesaglio et Stempovskaia (2010) sur les infirmières moldaves en Italie met en évidence la perte en capital humain qui résulte des difficultés d'insertion de ces dernières au secteur sanitaire de leur pays de destination. Dans une perspective analogue, Englmann et Müller (2007) consacrent leur étude à la reconnaissance des titres étrangers et à la déqualification des travailleurs migrants en Allemagne. On découvre une Allemagne fédérale divisée par de multiples réglementations internes laissées à la latitude des Länder. De façon quelque peu surprenante en regard de son modèle hautement fédéraliste, la Suisse apparaît en contraste beaucoup plus centralisée et coordonnée quant à ses procédures en matière de reconnaissance des titres professionnels étrangers. Les auteurs s'attachent par ailleurs à démontrer que le processus d'homologation des titres étrangers s'avère singulièrement discriminatoire pour les ressortissants des Etats tiers. Ils observent que les difficultés relatives à obtenir une équivalence conduit nombre d'entre eux à travailler sans contrat adapté et, partant, sans salaire approprié à leur niveau de qualification.

Considérée sous l'angle du *brain waste*, la migration se traduit donc par le symptôme de déqualification, expérience qui touchent principalement les primo-migrants et parmi eux, semble-t-il, davantage les femmes, comme le montrent Chicha et Deraedt (2009) pour la Suisse. Consacrés à l'analyse des migrants hautement qualifiés dans le domaine de la science et de la technologie sur le marché du travail suisse via les données des recensements de 1970 à 2000, les travaux de Pecoraro (2005, 2006, 2011) mettent en évidence la prépondérance de leur sur-éducation, soit d'une inadéquation du travail exercé avec la formation achevée. Le phénomène de déqualification dont sont victimes nombre d'entre eux, touchent d'abord les originaires des Etats tiers émergents et en développement, singulièrement les femmes. Se livrant à une analyse approfondie des résultats du recensement fédéral de la population en 2000, Haug (2006 : 15) relève de son côté qu'« Un système stratifié où se superposent différents statuts de migrants, en fonction de la nationalité et des droits sociaux, se développe. Au sommet se trouvent les migrants des pays de l'UE (avec, en leur sein, une distinction entre l'UE des 15 et celle des 25), suivis des ressortissants de pays tiers. Au bas de l'échelle figurent les migrants illégaux et, finalement, les requérants d'asile dont la demande a été rejetée et qui proviennent, pour la plupart, de pays en développement. » Complétant les réflexions des auteurs précédents, le document de travail de Liebig et al. (2012 : 7) attire l'attention sur le fait que « si la Suisse obtient globalement de bons résultats quant à l'intégration de sa population immigrée sur le marché du travail, plusieurs signes révèlent néanmoins une situation divergente pour certaines catégories de migrants, quelques groupes désavantagés courant le risque d'être laissés sur le bord de la route. » Ces avertissements concernent avant tout « les femmes immigrées originaires de pays à faible revenu, en particulier les nouvelles arrivantes » et les « migrants pour raisons humanitaires », parmi lesquels les réfugiés admis à titre provisoire. Les auteurs relèvent par ailleurs que « La plupart des mesures d'intégration disponibles sont ciblées sur l'emploi peu qualifié » ce qui a une incidence sur « la surqualification (migrants occupant des postes exigeant un niveau de qualification inférieur à la qualification formelle qu'ils possèdent) pour les migrants ayant obtenus leurs diplômes dans des pays à faible revenu ». Les recommandations qui concluent le document proposent la mise en place

de mesures d'accueil et d'intégration ciblées à l'instar de cours dans les langues nationales mais également de formations linguistiques dans ces mêmes idiomes qui soient orientés professionnellement. Parmi les autres mesures préconisées, on relèvera l'idée de subventions salariales, autrement dit d'appuis financiers aux employeurs désireux d'embaucher des gens qui ont des difficultés à s'insérer au marché du travail. Estimant que « L'évaluation et la reconnaissance des diplômes étrangers semblent être un des points faibles du système suisse », les auteurs soulignent au final que « Les mesures d'intégration doivent mieux tenir compte des compétences des immigrés. » (2012 : 74-80).

Les publications portant sur la déqualification des migrants dans le contexte suisse que nous avons présentées ci-dessus ne se sont que fort peu intéressées au cas des soignants immigrés et n'ont jamais pris en considération le phénomène de *brain waste* au sein du personnel auxiliaire tel qu'il pourrait être repéré dans notre dispositif de formation ou dans nos établissements de soins. Elles constituent néanmoins des sources d'information et de réflexion pour notre propre étude.

Sans qu'ils abordent de manière centrale le sujet qui nous préoccupe ici, des travaux relatifs à la situation du personnel auxiliaire menés dans d'autres pays nous ont fourni un éclairage indirect et se sont révélés des sources d'inspiration. Nous retiendrons, pour la France, l'étude d'Arborio (2001) consacrée au métier d'aide soignante dans les hôpitaux, l'ouvrage de Cresson (1995) sur le travail domestique de santé ou encore la thèse de doctorat d'Avril (2007) sur les aides à domicile. Ces recherches participent d'une même volonté de mettre en lumière le phénomène d'appropriation d'une activité au bas du salariat. Elles s'inscrivent dans le sillage des études anglo-saxonnes sur le personnel invisible du *care* qui exerce un *dirty work* (Anderson 2000), notion traduite en français par « sale boulot » mais également « tâches ingrates » (Molinier, Laugier et Paperman 2009). Des travaux consacrés à cette thématique dans le contexte helvétique commencent à voir le jour en Suisse. Dans son travail de Master, Ansermet (2011) s'est par exemple intéressée aux « luttes quotidiennes » faites d'actes de transgression des normes dominantes, de tactiques et de stratégies que livrent les aides-soignantes en EMS. Les enquêtes de Schillinger (2009) sont, quant à elles, consacrées aux services d'aide et d'accompagnement offerts par des ressortissants étrangers dans des unités domestiques de notre pays. Cette économie souterraine du *care* qui implique le recours à des employeurs de la sphère privée demeure encore largement ignorée des perceptions et des discussions publiques.

Deux rapports de l'Obsan constituent des sources de première importance pour notre étude. Ces documents sont conçus comme un prolongement évident pour la Suisse des publications de l'OCDE consacrées à la pénurie du personnel de santé pour la Suisse. On y retrouve les mêmes préoccupations et y développent les mêmes thématiques. L'Obsan établit un état des lieux et dresse des perspectives en matière de besoin en personnel de santé à l'échelle nationale jusqu'en 2020 (Jaccard Ruedin, Weaver, Roth et Widmer 2009). Il estime également les risques de la pénurie qui se profile pour la Suisse à l'horizon 2030 (Jaccard Ruedin et Weaver 2009). Les apports des immigrés sont aussi pris en considération. Complétant ces rapports, Dolder et Grünig (2009) se sont intéressés aux besoins en effectifs dans les professions de la santé ainsi qu'aux mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. L'étude de Bülent, Kamm et Gadinho (2007) concernant les ressources informelles du personnel migrant dans le domaine de la santé a retenu toute notre attention. L'enquête de Ionesco, Dia et Guissé (2009), consacrée au potentiel de développement des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne dans le secteur de la santé à Genève, présente également un intérêt évident pour notre recherche.

4 Prise de vue sur les participants au cours d'auxiliaire CRS dans les trois cantons étudiés

Un examen minutieux de l'ensemble des fiches d'inscription au cours d'auxiliaire CRS pour la période 2007-2010 a été réalisé pour le canton de Genève, la ville de Saint-Gall et le Valais romand. Combiné aux entretiens que nous avons eus avec des responsables de cours des antennes précitées, ces relevés nous ont permis de découvrir la composition de cette population et d'identifier les participants en situation de *brain waste*. L'esquisse de typologie par « nationalités » qui suit est de la sorte fondée sur les dossiers des participants et s'alimente des commentaires des formatrices CR. Nous commencerons par parler des participants suisses au cours dès lors que cette population nous semble présenter des caractéristiques largement similaires pour les trois cantons. Nous nous intéresserons ensuite aux immigrés qui ont suivi la formation en examinant la situation, antenne par antenne, en nous appuyant sur les diagrammes que nous avons établis. Nous nous focaliserons enfin sur les personnes en situation de *brain waste* au sens strict et au sens large provenant des Etats tiers à faible revenu. Une proportion significative de personnes identifiées dans nos relevés appartenant à ces deux catégories provient en effet de ces pays tiers émergents ou en développement. Un tableau créé à partir de leurs fiches d'inscription nous permettra de déterminer leur nombre et leurs professions. S'agissant du canton de Genève, nous réfléchissons aussi au cas des hommes en provenance de l'étranger qui ont pris l'option de suivre une formation à forte prépondérance féminine.⁹

Le cours d'auxiliaire CRS

Le terme « auxiliaire » désigne le personnel de santé qui « s'occupe, sous la supervision du personnel diplômé, de l'accompagnement et des soins quotidiens des personnes âgées, handicapées ou malades. » Les tâches qui leur sont dévolues sont, ce faisant, centrées sur les activités de la vie quotidienne (soins corporels, alimentation, hygiène et confort), les soins de base (par exemple la préparation d'inhalations ou l'application de pommade), le soutien moral auprès des patients. La formation des auxiliaires de santé s'acquiert par la fréquentation d'un cours dispensé par la CRS qui délivre une attestation. Les auxiliaires de santé constituent donc un personnel soignant non professionnel.

La formation diffère dans chacun des trois cantons compris dans l'étude. A Genève, elle comprend un enseignement théorique de 120 heures et un stage pratique de douze jours à plein temps dans une institution médico-sociale. La CR valaisanne dispense le même nombre d'heures de cours qui sont suivis par contre de quinze jours de stage obligatoire. La formation théorique dure plus longtemps dans le canton de Saint-Gall, soit 135 heures de cours (18 jours de 7h 1/2) qui doivent être complétées par un stage de douze jours.

Les exigences linguistiques (orales et écrites) basées sur le Portfolio européen des langues¹⁰ changent également d'un canton à l'autre. La CR genevoise impose le niveau de français B1, le Valais demande le niveau A2, à Saint-Gall, enfin, les connaissances en allemand doivent correspondre au niveau B2.

Le prix de la formation connaît également des variations. Les futurs étudiants doivent s'acquitter d'une somme de 2'600.- d'écolage à Genève à laquelle s'ajoutent 60.- pour l'ouverture du dossier. En Valais, le montant est de 2'000.- plus une finance d'inscription de 150.-. Le coût du cours de la CR saint-galloise s'élève à 2'200.-. Les stages dans les trois cantons ne sont pas rémunérés. La participation obligatoire à une séance gratuite d'information est une condition *sine qua non* des trois antennes.

⁹ Nous tenons à souligner que les interprétations des raisons qui pousseraient quelqu'un à suivre la formation d'auxiliaire sont induites de nos discussions avec les responsables des cours.

¹⁰ Le système propose six niveaux (A1, A2, B1, B2, C1, C2) correspondant à la division classique : niveau de base, intermédiaire et avancé. (http://www.coe.int/t/DG4/Portfolio/?L=F&M=main_pages/levels.html, consulté le 16.1.2011)

Ces séances ont lieu plusieurs fois dans l'année. Elles servent essentiellement à sélectionner les candidats.

Les critères de recrutement des auxiliaires de santé sont assez semblables d'un EMS à l'autre dans les trois cantons étudiés. Les établissements qui présentent un déficit en personnel auxiliaire embauchent ordinairement les candidats à la fin de leur stage. L'attestation de réussite délivrée par la CRS est habituellement exigée dans le cas d'une offre de candidature spontanée. Les personnes qui sont engagées sans formation sont ordinairement tenues, ou tout au moins encouragées, à suivre le cours en emploi.

4.1 Les participants suisses au cours d'auxiliaire CRS

Concernant les citoyens suisses inscrits au cours, la combinaison des deux démarches (l'analyse des dossiers de candidature et du discours des formateurs CR) nous a permis d'identifier différents publics. Ces exemples se retrouvent dans les trois cantons :

Premièrement, nous trouvons parmi les participants au cours CRS une très forte majorité de femmes plus âgées, mères de famille libérées, tout ou en partie, de leurs tâches éducatives et désirant entrer dans le monde du travail ou renouer avec une activité professionnelle. On trouvera dans cette catégorie, selon les cas, des personnes avec ou sans formation préalable, ordinairement un CFC. Occupant (ou visant) un emploi à plein temps ou à temps partiel, ces mères gagnent des salaires qui servent d'appoint ou de gain principal, ce dernier cas étant typique des foyers monoparentaux. A côté de celles qui se trouvent dans l'obligation pressante de gagner de l'argent, d'autres femmes cherchent à travers l'activité d'auxiliaire une occasion d'exercer un métier qui satisfasse leur besoin de se sentir utile et de nouer des contacts sociaux. Certaines d'entre elles ont pris la décision de s'engager à un niveau professionnel après avoir fait l'expérience de soigner un proche dans un contexte privé. Les responsables des antennes cantonales de la CRS nous ont par ailleurs dit se souvenir de quelques cas d'infirmières ou d'aides-soignantes suisses qui n'avaient jamais exercé leur métier ou avaient cessé leur activité depuis de très nombreuses années et entendaient (re)mettre le pied dans le monde des soins via la formation d'auxiliaires de santé CRS.

Deuxièmement, nous observons un nombre relativement restreint de jeunes femmes (rarement des hommes) de 18 ans au minimum (âge requis dans les conditions d'admission), ayant terminé leur scolarité obligatoire (niveau secondaire I), qui entendent trouver un emploi rémunéré moyennant une formation à la sortie de l'école. Ce choix semble devoir être mis en lien avec la difficulté à trouver un apprentissage et avec la volonté de gagner un salaire synonyme d'autonomie financière, aussi rapidement que possible.

Pour être complet signalons qu'une interlocutrice de la CR valaisanne nous a signalé des usages atypiques et nettement périphériques du cours. Ces cas concerneraient des étudiants suisses, permis C ou permis B, qui verraient dans la formation d'auxiliaire CRS la possibilité d'exercer une activité rémunérée en parallèle à leurs études. Un petit nombre d'entre eux, qui tarderaient à terminer leur formation au niveau tertiaire, continueraient à travailler dans des EMS pendant des années. La question se poserait dès lors de savoir si certaines de ces personnes finissent par s'installer dans le monde des soins et, si c'est le cas, si elles envisageront un jour d'entamer des formations ultérieures qui leur permettraient de progresser dans la hiérarchie des professions de la santé. Sans en nier l'existence, nous n'avons pas été en mesure de vérifier empiriquement ce phénomène. Nous avons en revanche pu observer que de frais diplômés, parmi lesquels des universitaires, font, dans une optique attentiste, le choix stratégique de travailler, à temps partiel, dans un EMS ou dans un CMS, sachant que leur emploi d'auxiliaire se limitera à une période de transition.

4.2 Les immigrés qui s'orientent vers le cours d'auxiliaire CRS

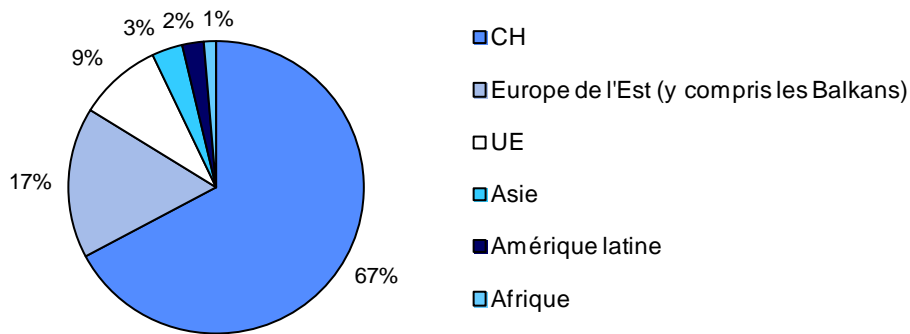
Les cours d'auxiliaire de santé CRS accueillent également un grand nombre de personnes issues de la migration. La proportion d'immigrés, ainsi que les pays de provenance, varient cependant considérablement d'un canton à l'autre comme le montrent les graphiques que nous avons établis. Il nous paraît également indispensable de mentionner que la constitution des groupes de participants reflète la politique de promotion du cours qui prédomine ici ou là : l'ouvrir autant que faire se peut aux personnes issues de la migration à Genève et en Valais romand, le réserver davantage aux citoyens helvétiques à Saint-Gall. Nous y reviendrons ci-dessous¹¹.

Selon les responsables des cours interviewés, la population des participants immigrés comporte des similitudes avec les participants suisses. On retrouve la catégorie des jeunes femmes qui ont terminé leur scolarité obligatoire. A l'instar de ce que nous avons observé pour la population helvétique, les femmes plus âgées sont également en nette majorité. Tout comme la plupart de leurs congénères suisses, elles paraissent voir dans cette formation le moyen (rapide) d'intégrer le marché du travail, de gagner un salaire pour faire face à leurs obligations pécuniaires. Ces femmes sont presque toutes des mères et bien souvent de jeunes mères ce qui donne à penser qu'il ne leur est pas facile de jongler entre leurs engagements professionnels et leurs contraintes domestiques. Elles sont par ailleurs des migrantes ce qui signifie qu'elles risquent a priori de ne pas bénéficier de réseaux de soutien très consistants, qu'il y a de forte probabilité qu'elles soient confrontées à des difficultés linguistiques et/ou culturelles, qu'elles auront certainement à faire face à des problèmes d'ordre administratif, qu'elles seront peut-être ou se sentiront, à tort ou à raison, victimes de discrimination. La recherche d'un travail à l'étranger n'est cause de migration que pour très peu de nos informateurs auxiliaires. Les facteurs qui les ont poussés à quitter leur pays (facteur *push*), comme ceux qui les ont conduit à venir en Suisse (facteurs *pull*), montrent que la grande majorité d'entre eux a émigré pour des raisons non professionnelles. Certains sont venus pour rejoindre leur futur conjoint ou retrouver les membres de leur famille, d'autres ont émigré pour fuir la guerre. Ils ont cherché un emploi, une fois installés en Suisse.

L'affichage des données sous forme de trois graphiques qui figurent ci-dessous permet de visualiser la répartition des participants au cours d'auxiliaire de santé CRS par nationalité¹² (période de 2007 à 2010) et de décrire parallèlement le rayonnement d'une antenne de la CR sur le bassin de la population locale. A Saint-Gall, ce bassin est essentiellement urbain et périurbain, la ville et son environnement immédiat. 296 personnes y ont suivi cette formation. Le diagramme valaisan dépeint la situation qui prévaut dans le Valais francophone. Cette antenne a formé 482 auxiliaires de santé. Dans le cas genevois, il s'agit de l'ensemble du canton qui a enregistré 462 inscrits.

¹¹ Laissant le soin aux démographes de tenter d'en tirer des corrélations pour la présente étude, signalons que la proportion des étrangers domiciliés dans les trois cantons varie considérablement. D'après les statistiques de l'état annuel de la population (ESPOP) pour l'année 2008, le nombre de personnes résidant de manière permanente dans les cantons de Genève et de Saint-Gall est similaire. Il est singulièrement plus faible dans le canton du Valais. Le ratio d'étrangers est, quant à lui, clairement distinct. Leur pourcentage à Genève s'élève à 38,1 % alors qu'il est de 21,5 % dans le canton de Saint-Gall et de 20,0 % en Valais.

¹² Cette rubrique, qui figure sur les fiches d'admission, ne permet pas de reconnaître les personnes naturalisées. Leur identification nécessiterait un travail supplémentaire que nous n'avons pas pu effectuer dans les limites de cette étude. Cette perte d'information s'avère toutefois regrettable sachant que le nombre des naturalisés viendrait grossir d'autant la part des originaires de l'étranger. Bien conscients du problème insoluble que pose cette catégorie en termes d'appartenance à la citoyenneté helvétique, nous avons pris le parti, discutable, de classer les personnes au bénéfice d'un permis C parmi les étrangers.

Figure 4.1 Répartition par nationalité des participants au cours d'auxiliaire de santé de la CRS de la ville de Saint-Gall (2007-2010)

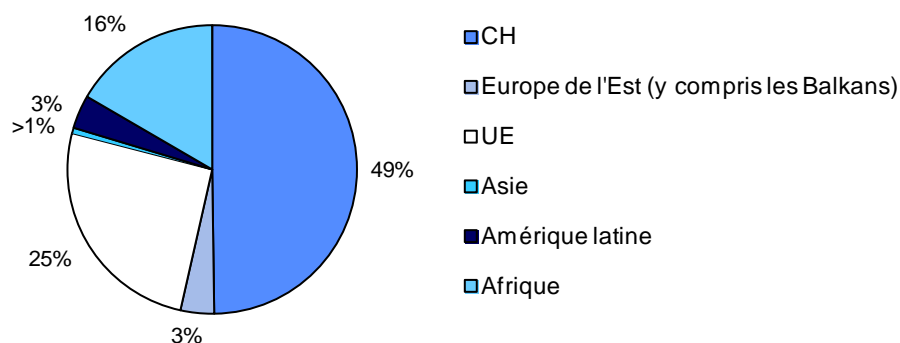
n = 296

Source: CR Saint-Gall

Avec un taux de seulement 32,8 %, c'est en ville de Saint-Gall que le pourcentage des participants immigrés s'avère nettement le plus faible. Ce ratio serait certainement plus bas encore si l'on avait pris en considération l'ensemble du canton. C'est en effet surtout parmi les femmes suisses des régions périphériques qu'une reprise d'un travail rémunéré suite à une « pause enfant » paraît populaire. Cette faible proportion d'immigrés peut s'expliquer également par les conditions d'admission qui restreignent la participation des ressortissants étrangers ayant des compétences linguistiques rudimentaires. Rappelons qu'une maîtrise de l'allemand attestée du niveau B2 du portfolio européen est exigée pour accéder aux cours. La compréhension du dialecte suisse alémanique est également une condition d'admission au cours comme elle l'est du reste à la CR de Zurich. Les responsables s'avouent par ailleurs exigeantes en ce qui concerne la motivation et les compétences personnelles des candidates. La demande de participation à la formation dépasse de la sorte largement l'offre de la CR. Les organisatrices déclarent ainsi pouvoir offrir beaucoup plus de cours qu'elles le font en réalité. Elles disent se donner pour objectif de former des personnes aptes à la profession en gardant un œil attentif sur les desiderata du marché local. Elles tiennent compte à cet égard du fait que Spitex et Pro Senectute, les prestataires de services de soin et d'aide ambulatoire du canton, semblent recruter essentiellement parmi les Suissesses. La situation professionnelle des anciens participants au cours est évaluée par un suivi sur le terrain dans l'optique de conserver un taux élevé de personnes travaillant durablement, à satisfaction mutuelle, dans le secteur des soins auxiliaires. Il convient pour ce faire de concevoir le cours comme une porte d'entrée dans le secteur des soins en encourageant les anciens participants à enchaîner d'autres formations. On considère corrélativement d'un œil critique les jeunes filles (souvent issues de la migration) qui paraissent vouloir contourner une formation plus solide via le cours CRS en vue de gagner rapidement un salaire relativement élevé pour des personnes de cette tranche d'âge, pourvues d'un faible bagage éducatif. Dans une optique voisine, les Offices régionaux de placement (ORP) saint-gallois estiment, de leur côté, qu'une femme au chômage ne doit pas être automatiquement aiguillée vers les soins.

La figure 4.1 montre clairement que dans la ville de Saint-Gall la plus grande partie des participants immigrés sont originaires des pays de l'Est, pour l'essentiel de la partie balkanique. Cette situation est le reflet d'une immigration en personnel peu qualifié, longue de plusieurs décennies, caractéristique de la Suisse allemande. La situation diffère à cet égard de la Suisse romande où les positions socioéconomiques comparables sont surtout occupées par des migrants portugais. A l'inverse des immigrés en provenance des Balkans, ceux-ci bénéficient cependant, du fait de leur appartenance à l'espace Schengen, de l'avantage du principe de la libre circulation des personnes.

La part des migrants de l'UE parmi les participants des cours saint-gallois est modeste et assez disparate. Peu de personnes des pays limitrophes s'inscrivent aux cours. Ces dernières sont engagées en tant que personnel qualifié dans les EMS du canton en nombre considérable. La reconnaissance de leur diplôme ne pose normalement pas de problèmes. On remarque également que les ressortissants de pays africains, asiatiques et d'Amérique latine sont peu nombreux dans le canton de Saint-Gall.

Figure 4.2 Répartition par nationalité des participants au cours d'auxiliaire de santé de la CRS du Valais romand (2007-2010)

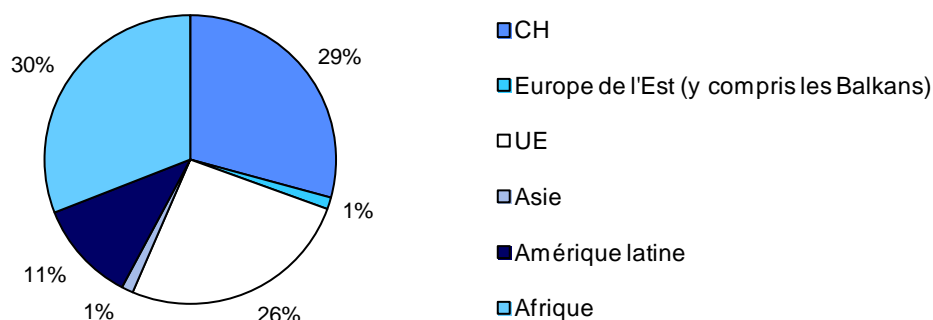
n = 482

Source: CR Valais

Avec 50,2 % d'étrangers, soit une quasi parité avec les 49,8 % de Suisses, le Valais romand occupe la position intermédiaire de nos trois cantons. Parmi les ressortissants de l'UE, on notera d'une part la forte présence des voisins Français et Italiens, d'autres celles des Portugais. Du côté des pays africains, le Cameroun arrive en tête avec quinze participants, suivi par le Maroc, l'Angola, la République démocratique du Congo et le Togo. Les pays asiatiques ne sont guère représentés : on compte en tout et pour tout la présence de trois personnes sur la période 2007-2010. Les cours d'auxiliaire ont accueilli le même nombre de candidats des pays de l'Europe de l'Est que d'Amérique latine (18). La plupart viennent des Balkans (16) respectivement du Brésil (10). Si on additionne le nombre de migrants provenant de tous les Etats tiers émergents ou en développement (119) on constate qu'il est à peu près le même que celui des migrants provenant de l'UE (123).

Il est encore à relever que bon nombre de ressortissants qui accomplissent le cours sont soit au chômage, soit sans emploi. Cette situation ne prévaut que dans ce canton.

Le Valais francophone enregistre par ailleurs le plus grand nombre total d'inscrits (482) ce qui dénote bien l'intention manifestée par les responsables de promouvoir cette formation et de l'offrir au plus grand nombre. Les organisatrices se réclament d'une volonté d'ouverture envers les migrants. Le cours est envisagé comme une opportunité de construire un pont entre les populations immigrées et autochtones. L'existence d'un cours d'une durée de 20 heures intitulé « Luana », spécificité de la CR valaisanne, témoigne de cette disposition d'esprit. La formation s'adresse aux personnes migrantes qui souhaitent compléter leurs acquis en matière de santé. S'appuyant sur « les connaissances des participants et les encourageant à développer leurs compétences personnelles et sociales » ce cours, compris comme un moyen d'intégration pour les « personnes récemment établies en Suisse », est également considéré comme un « pré-requis nécessaire pour pouvoir suivre la formation d'auxiliaire de santé. » Selon les besoins, un interprète et une garderie sont mis à disposition.

Figure 4.3 Répartition par nationalité des participants au cours d'auxiliaire de santé de la CRS du canton de Genève (2007-2010)

n = 462

Source: CR Genève

L'entretien que nous avons eu avec la responsable du secteur formation et santé de la CR genevoise laisse apparaître un intérêt croissant pour le travail d'auxiliaires de santé. Les cours semblent connaître un véritable engouement au sein de la population migrante. Cosmopolite, le contexte genevois se caractérise par une grande diversité d'origines et de parcours de migration. Cette multiplicité des provenances nationales et des trajectoires se retrouve dans les cours d'auxiliaire de santé CRS. Les chiffres démontrent que la formation attire surtout les migrants. La proportion de Suisses est en effet bien inférieure à ceux du Valais et de Saint-Gall. Le total des inscrits au cours d'auxiliaire de Genève (462) est en revanche moins élevé qu'en Valais mais assez nettement supérieur à la ville de Saint-Gall (296). S'élevant à 70,2 % (rappelons-le sans les naturalisés, parmi lesquels semble-t-il bon nombre de conjoints d'un mariage mixte), le pourcentage des immigrés qui ont participé à la formation est notablement le plus haut des trois cantons. On dénote un grand nombre de pays tiers à faible revenu (207) qui devance les 120 inscrits provenant de l'UE. Les Brésiliens sont les plus nombreux pour l'Amérique latine. Les Camerounais, les Congolais et les Marocains sont les mieux représentés du continent africain. Seul quatre personnes originaires des Balkans et deux Turques ont participé au cours en 2007, respectivement en 2009. Les Portugais et les Français arrivent en tête des originaires de l'UE.

Lorsqu'on analyse de plus près la rubrique « emploi actuel » apparaissant sur les fiches d'inscriptions des candidats, on constate un nombre élevé d'aides-soignantes ou de stagiaires en EMS. Ce phénomène peut être expliqué par la politique de recrutement de la plupart des EMS qui exigent que le personnel travaillant sans formation dans leurs établissements suive le cours en emploi.

4.3 Les participants au cours d'auxiliaire CRS provenant des Etats tiers à faible revenu en situation de *brain waste*

Une prise de vue des immigrés inscrits aux cours d'auxiliaire CRS, permet de découvrir que ceux-ci accueillent des personnes en situation de *brain waste*. Nous présentons ci-dessous un tableau différenciant les cas de *brain waste* au sens strict des cas de *brain waste* au sens large. Nous n'avons retenu que des formations effectuées dans les Etats tiers à faible revenu dans le domaine des soins ou dans le cadre d'une formation professionnelle supérieure et des hautes écoles.

Tableau 4.1 *Brain waste* parmi les participants issus d'un pays tiers émergent ou en développement au cours d'auxiliaire de santé CRS du canton de Genève, du Valais romand et de la ville de Saint-Gall, période 2007-2010

| Canton de Genève (207 participants) | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <i>Brain waste</i> au sens strict : 11 cas | <i>Brain waste</i> au sens large : 36 cas |
| 2 infirmières (Europe de l'Est) | 1 ingénieur en hydraulique (Afrique) |
| 1 aide-soignante (Afrique) | 1 travailleur social (Afrique) |
| 2 médecins (Afrique, Amérique latine) | 1 licencié en éducation physique (Afrique) |
| 2 infirmières (Afrique) | 1 technicienne de laboratoire (Afrique) |
| 1 inf. pédiatrie (Amérique latine) | 2 licenciés ès Sciences (Afrique, Amérique latine) |
| 3 infirmières (Amérique latine) | 2 biologistes (Afrique) |
| | 5 licenciés ès Lettres (Afrique : 2, Amérique lat. : 2, Asie : 1) |
| | 1 architecte (Afrique) |
| | 4 diplômés en gestion (Afrique : 3, Asie : 1) |
| | 2 institutrices (Asie, Amérique latine) |
| | 1 Bachelor anglais (Asie) |
| | 2 licenciés en économie et commerce (Asie, Afrique) |
| | 2 licenciées en psychologie (Asie) |
| | 1 Bachelor technologie de l'information (Asie) |
| | 4 licenciés en droit (Amérique latine) |
| | 2 ingénieurs industriels (Amérique latine) |
| | 2 licenciées ès Sciences de la communication (Amérique lat.) |
| | 2 pédagogues (Amérique latine) |
| Valais romand (119 participants) | |
| <i>Brain waste</i> au sens strict : 3 cas | <i>Brain waste</i> au sens large : 12 cas |
| 1 aide-infirmière (Europe de l'Est) | 1 pédagogue (Amérique latine) |
| 1 aide-infirmière (Afrique) | 1 informaticien (Amérique latine) |
| 1 aux.-infirmière (Amérique lat.) | 1 traductrice d'anglais (Amérique latine) |
| | 2 institutrices (Amérique latine) |
| | 1 pédagogue (Afrique) |
| | 1 licenciée ès Sciences, biologie (Afrique) |
| | 1 politologue (Afrique) |
| | 1 biologiste (Afrique) |
| | 1 ingénieur (Europe de l'Est) |
| | 1 ingénieure en chimie (Europe de l'Est) |
| | 1 assistante sociale (Europe de l'Est) |
| Ville de Saint-Gall (70 participants) | |
| <i>Brain waste</i> au sens strict : 2 cas | <i>Brain waste</i> au sens large : 7 cas |
| 1 sage-femme (Europe de l'Est) | 1 économiste (Asie) |
| 1 sage-femme (Europe de l'Est) | 1 interprète (Asie) |
| | 1 enseignante (Asie) |
| | 1 chorégraphe (Europe de l'Est) |
| | 1 pédagogue (Europe de l'Est) |
| | 1 assistante sociale (Amérique latine) |
| | 1 économiste (Amérique latine) |

Le nombre de cas de *brain waste* au sens strict et au sens large est proportionnellement bas dans les trois cantons par rapport au nombre total des participants immigrés. S'élevant à 12,6%, le pourcentage des personnes en situation de *brain waste* en Valais romand et presque identique à celui

de la ville de Saint-Gall (12,8%). Celui du canton de Genève est de 22,7%. Il semble vraisemblable qu'il y ait une corrélation entre ce taux élevé et le grand nombre de participants originaires des pays tiers aux cours d'auxiliaire CR genevois.

Concernant le *brain waste* au sens strict, nos enquêtes auprès des antennes genevoise, saint-galloise et valaisanne de la CRS nous ont fait découvrir d'une part des aides-soignantes, des aides-infirmières, des infirmières, des sages-femmes et deux médecins n'ayant pas entamé de procédure de reconnaissance du titre acquis dans leur pays d'origine ou étant au bénéfice de qualifications analogues enlisées dans leur procédure d'homologation. Leur nombre est nettement inférieur par rapport à la quantité de migrants au bénéfice d'une formation du niveau tertiaire dans des secteurs autres que la santé. C'est vers ce second type de profil de personnes que nous ont majoritairement dirigés les responsables des cours de la CRS nous les présentant, selon la formule de l'une d'entre elle, comme « des personnes qui pourraient prétendre à mieux mais qui ont choisi pour des raisons réalistes de se tourner vers une formation courte qui pouvait leur permettre de trouver du travail ». Cette hypothèse d'une décision pratique est largement confirmée dans nos entretiens. La motivation première exprimée par nos interlocuteurs est bien celle d'un choix par défaut présidé par des considérations de nature pragmatique. L'existence de la formation d'auxiliaire appartient au bouche à oreille des réseaux de migrants. Informés de la situation de pénurie qui règne, les immigrés y voient un chemin empruntable. Cette filière constitue également une ressource exploitée par des ORP de certains cantons qui paraissent miser sur elle comme une issue au chômage d'assurés migrants diplômés ou universitaires difficiles à placer dans leur secteur ou à leur juste niveau. Rappelons toutefois que l'obtention de l'attestation ne garantit pas de trouver un emploi dans une institution. Il reste donc pour les auxiliaires de santé à trouver un employeur, ce qui ne semble pas toujours facile sur la base de cet unique titre.

Cette porte d'entrée dans le monde des soins et, ce faisant, dans le marché de l'emploi helvétique semble surtout représenter une voie de garage pour des immigrés dotés d'un capital scolaire. Elle s'avère être très rarement l'aiguillage d'une réorientation professionnelle leur permettant de progresser dans les échelons supérieurs des métiers de la santé. Nos interlocuteurs évoquent surtout des obstacles d'ordre financier et d'aménagement du temps. Faut-il le rappeler, les auxiliaires en situation de *brain waste* au sens strict ont en revanche l'opportunité d'entamer une procédure de reconnaissance de leur titre étranger.

Si elle apporte des indications intéressantes, l'ethnographie des cours d'auxiliaire de santé CRS fournit évidemment une image très ciblée et réduite qui permet de ne cerner qu'une partie infime des immigrés en situation de *brain waste* qui travaillent dans notre système de soins. Il est à vrai dire plutôt surprenant que nous y trouvions des immigrés en situation de *brain waste* au sens strict. On peut en effet supposer sans peine que la majorité des détenteurs de titres étrangers dans le domaine des soins s'attachent à chercher un emploi sans passer par ce biais, sans compter que la formation d'auxiliaire risque d'apparaître peu pertinente à des professionnels déjà formés dans le domaine des soins.

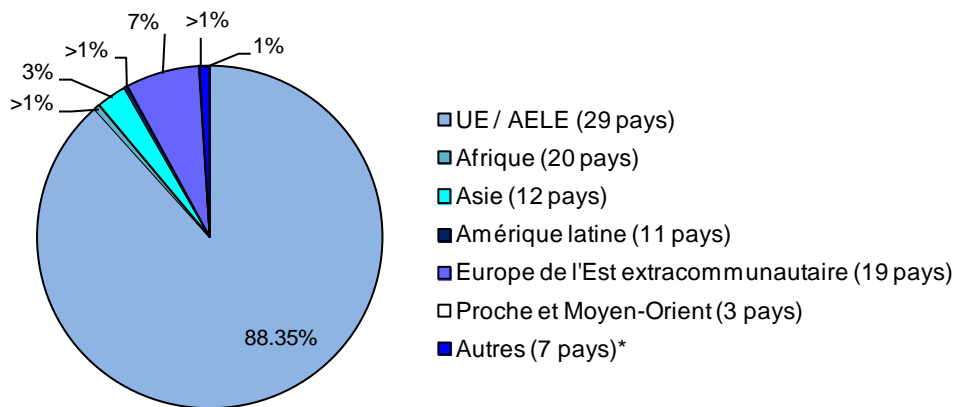
Facteur genre oblige, il s'avère crucial de ne pas oublier la partie masculine des cours d'auxiliaire de santé CRS. Sans considérer la présence des hommes immigrés comme l'indice univoque d'un déclassement (cette participation pouvant également, dans certains cas, relever d'un parcours de qualification ou s'interpréter en termes de choix tactique), les données sociodémographiques n'en demeurent pas moins éloquents. A titre d'exemple, sur un total de 33 hommes issus des Etats tiers à faible revenu qui ont suivi le cours dans le canton de Genève, huit ont terminé une formation universitaire dont un, originaire du Congo, en médecine. On ne peut cependant pas en inférer que le phénomène de *brain waste* est plus accentué parmi les hommes. La proportion de participantes de même provenance qui se trouvent dans une situation analogue est en effet de 39 cas sur un total de 186 femmes, soit pratiquement identique. L'analyse de nos relevés pour ce canton nous conduit donc à postuler l'existence d'un *brain waste* (au sens strict et large) de nature comparable pour les deux sexes.

5 La procédure de reconnaissance des diplômes étrangers d'infirmière

5.1 Titres homologués sur la période 2002 - 2010

Le département Santé et intégration de la CRS nous a fourni les statistiques relatives au nombre de reconnaissances de diplômes d'infirmière délivrés à l'étranger sur la période 2002-2010, classés par pays de provenance. Nous avons créé à partir de ces chiffres un graphique qui montre la répartition des équivalences accordées par aires géographiques portant sur la même période. Bien que notre recherche suive en priorité une méthodologie qualitative, l'interprétation de ces informations chiffrées se révèle parlante pour notre démonstration. Comme le tableau l'indique ci-dessous, 13'860 diplômes étrangers d'infirmière ont été homologués entre 2002 et 2010.

Figure 5.1 Nombre de reconnaissances de diplômes d'infirmière accordées par la CRS (2002-2010)



n = 13'860

Source: CRS

* Canada, Etats-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, Andorre, Israël, Monaco

Le nombre le plus élevé de titres reconnus provient de l'UE ainsi que des pays de l'AELE. Le nombre le plus élevé des diplômes reconnus des Etats tiers à faible et à haut revenu provient, quant à lui, des pays de l'Europe de l'Est extracommunautaire.

Nous avons établi le classement des pays dont les titres ont été souvent reconnus entre 2002 et 2010. Il montre que trois pays limitrophes de la Suisse (l'Allemagne, la France et l'Italie) se classent en première position alors que l'Autriche apparaît en 5^{ème} position. Trois Etats tiers se placent en 4^{ème}, 6^{ème} et 10^{ème} position. Ce sont la République fédérale de Yougoslavie, l'Inde et la Bosnie-Herzégovine. Si l'on décide, de manière spéculative, d'additionner l'ensemble des titres en provenance des six pays de l'ex-République fédérale socialiste de Yougoslavie (Bosnie-Herzégovine, Croatie, Macédoine, Monténégro, Serbie¹³ et Slovaquie) on obtient le chiffre conséquent de 795 titres, soit 83% de l'ensemble des diplômes d'infirmière originaires de l'Europe extracommunautaire. Les dix pays figurant dans ce classement se partagent le plus de diplômes reconnus. On en compte 12'255 sur un total de 13'860 titres. Les 1'650 diplômes reconnus restants sont répartis entre les 91 pays.

¹³ La République de Serbie comprenait deux régions autonomes : le Kosovo et la Voïvodine.

Tableau 5.1 Pays de délivrance des diplômes reconnus (2002-2010)

| Top 10 | Nombre de diplômes |
|-------------------------------------------|--------------------|
| Allemagne | 5'130 |
| France | 4'271 |
| Italie | 1'153 |
| République fédérale de Yougoslavie | 409 |
| Autriche | 323 |
| Inde | 276 |
| Belgique | 257 |
| Roumanie | 183 |
| Bulgarie | 130 |
| Slovaquie et Bosnie-Herzégovine (ex-æquo) | 123 |
| TOTAL | 12'255 |

5.1.1 Refus d'homologation

Nous informant que leur service ne comptabilise pas les préavis par pays ou par profession, la CRS n'a pas pu nous transmettre le nombre des refus qui a été prononcé en ce qui concerne les infirmières et les aides-soignantes. Partant de leur expérience, les expertes peuvent toutefois affirmer que ceux-ci sont peu fréquents. Une « décision négative » est prononcée lorsque la CRS constate des différences ou des lacunes (nombre d'heures de formation, contenus théoriques et pratiques) « tellement importantes » qu'il n'est pas possible de les contrebalancer par des mesures compensatoires. Ceci serait rarement le cas. Si une formation en tant qu'infirmière d'un pays étranger comporte trop de manques, il est souvent possible d'établir une reconnaissance en tant qu'ASSC ou qu'aide-soignante. Cette possibilité de perméabilité « descendante » existe également lorsqu'un certificat d'aide-soignante délivré à l'étranger n'est pas jugé équivalent aux standards suisses en la matière. La requérante se voit, dans le cas présent, offrir l'opportunité de convertir son titre en attestation d'auxiliaire de santé CRS. Les candidates, infirmières et aides-soignantes, reçoivent ces informations via le préavis négatif qui leur est envoyé. Ce dernier est notifié dans deux cas de figure. Premièrement, face à une profession non réglementée en Suisse et, ce faisant, qu'une reconnaissance s'avère impossible. Deuxièmement, lorsque la CRS n'est pas l'autorité compétente pour l'homologation. Les clients sont dirigés vers d'autres instances de légitimation (OFFT).

Un préavis positif n'est pas comparable à une décision dans le cadre d'une procédure d'homologation. Il ne correspond pas à une reconnaissance formelle. Il est seulement (comme le mot l'indique) un avertissement préalable qu'un titre étranger pourra, en principe, être reconnu en Suisse. Les requérants utilisent le préavis auprès d'un employeur lorsqu'ils n'ont pas encore la possibilité de faire une reconnaissance officielle ou s'ils ne savent pas si leur profession est comparable à une profession réglementée en Suisse.¹⁴

5.1.2 Abandon en cours de procédure

La CRS a pu nous communiquer le nombre d'abandons concernant la reconnaissance en tant qu'infirmière qui ont été enregistrés au cours de la période 2002 à 2010, soit un total de 662 cas. Le service archive les dossiers des candidats qui ont quitté la procédure sans chercher à en connaître ou à en documenter les raisons. La CRS ne dispose pas non plus d'informations concernant les abandons par pays dans lesquels les titres ont été délivrés. L'abandon est prononcé suite à l'expiration du délai d'homologation qui court en principe sur deux années (celui-ci pouvant être prolongé suite à une demande que la CRS considérera comme justifiée).

¹⁴ Un préavis ne fait pas partie de la procédure de reconnaissance et peut être demandé indépendamment de cette dernière.

Qui sont les candidats qui abandonnent en cours de processus ? A quelle étape arrêtent-ils ? Pourquoi interrompent-ils la procédure ? Pourrait-on trouver des moyens de diminuer ce taux d'évaporation ? En vertu des raisons évoquées ci-dessus, nous ne pouvons qu'émettre des suppositions induites, d'une part de nos discussions avec les expertes CRS, d'autre part de nos entretiens avec les infirmières étrangères sur lesquels nous reviendrons plus loin.

« S'il stoppe après la décision partielle, je vois seulement que la procédure est stoppée, je ne sais pas si c'est les situations familiales ou sociales ou peut-être s'ils sont allés en Allemagne. (...). Cela vaudrait la peine de prendre le temps d'étudier les dossiers des candidats qui ont interrompu la procédure car je crois que, pas toujours, mais souvent on va trouver la raison. Parce qu'ils nous envoient aussi des courriers, des lettres disant : mon mari est malade, j'ai été enceinte trois fois, le chef était un con et tralala. On va trouver, je crois, dans beaucoup des dossiers des raisons subjectives. » (Madame F., experte CRS)

La liste des raisons d'abandon évoquée par les expertes de la CRS a évidemment une valeur faiblement indicative. Un dépouillement des dossiers archivés permettait de déterminer plus précisément leurs causes. Ce travail, qui nous semble nécessaire, n'a malheureusement pas pu être accompli dans les limites de ce mandat. Les responsables de la CRS se déclarent prêtes à nous ouvrir leurs archives et à nous consacrer le temps nécessaire pour accomplir cette tâche.

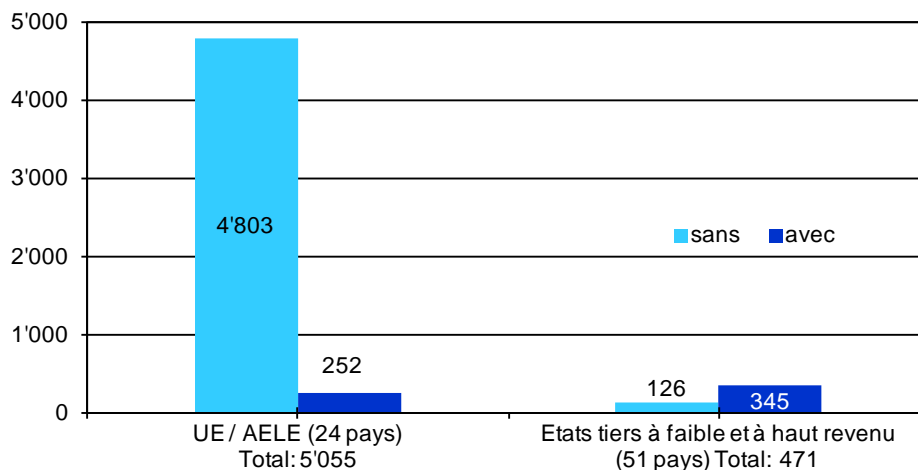
Les 662 abandons enregistrés par la CRS constituent une perte en personnel pour notre système de soins, sachant pourtant que la reconnaissance d'un titre ne se concrétise pas nécessairement par un emploi supplémentaire.

5.2 Titres homologués sur la période 2007 - 2010

Les données statistiques fournies par la CRS précisent pour la période 2007-2010 si l'homologation a été obtenue automatiquement ou après que le candidat ait accompli les mesures de compensation qui lui avait été signifiées. Ces dernières, déterminées, comme on l'a déjà dit, en termes de « lacunes » en comparaison des standards suisses, impliquent, pour les infirmières, la réalisation d'un stage d'adaptation pratique d'une durée de six mois à une année en tant qu'infirmière stagiaire et, au niveau théorique, le suivi et la réussite d'un « cours d'actualisation professionnel » auprès d'un prestataire institué par la CRS.¹⁵ Les candidates ont aussi la possibilité de passer une épreuve d'aptitude en lieu et place des mesures de compensation. La mise à niveau requise pour la reconnaissance d'un titre étranger d'aide-soignante se limite en revanche à un stage d'adaptation pratique également d'une durée de six mois.

La figure 5.2 ci-dessous montre la répartition des homologations impétrées avec ou sans mesures compensatoires en comparant les pays UE / AELE à l'ensemble des Etats tiers. On observe que 73% des candidats des pays tiers à haut et à faible revenu sont soumis à des mesures compensatoires alors que celles-ci ne sont exigées que pour 5% des ressortissants de l'UE / AELE.

¹⁵ Les institutions offrant des cours de formation continue pour les professions soignantes en Suisse romande sont le centre Espace Compétences dans le canton de Vaud et deux antennes cantonales francophones de l'ASI (Neuchâtel/ Jura et Genève). L'association CURAVIVA basée à Lucerne, le Berner Bildungszentrum Pflege à Berne et l'antenne cantonale zurichoise de l'ASI proposent des offres similaires en outre-Sarine.

Figure 5.2 Nombre de reconnaissances de titres ayant été obtenus sans ou après l'accomplissement de mesures compensatoires (2007-2010)

Source: CRS

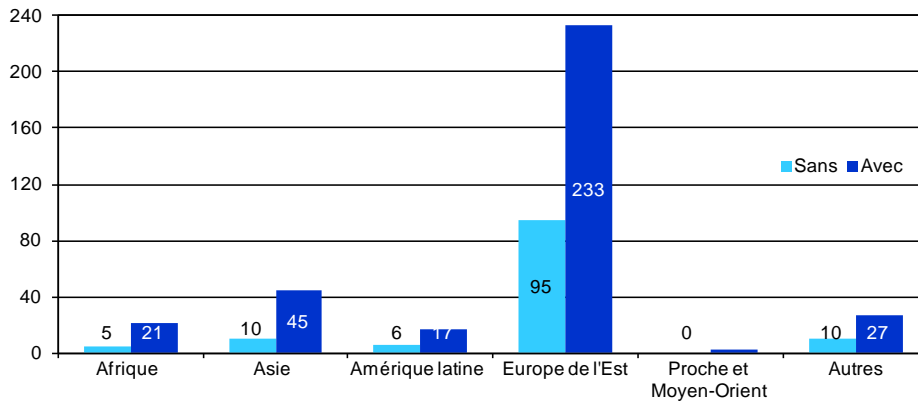
Malgré l'entrée en vigueur des accords bilatéraux qui impliquent l'homologation automatique des diplômes en provenance de l'UE et de l'AELE, on constate que 252 ressortissants de certains Etats membres, sur un total de 4'803, ont dû accomplir des mesures compensatoires. Il s'agit surtout de diplômés bulgares, roumains, slovaques, hongrois, polonais ou tchèques mais aussi de titres qui ont été livrés en Allemagne, en France et en Italie. Ce phénomène peut être expliqué par différents facteurs. La reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles avec la Bulgarie et la Roumanie n'est entrée en vigueur que depuis le 1^{er} novembre 2011. Pour les autres pays, seules les personnes ayant commencé leur formation à la date de référence stipulée par la Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil de l'UE relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles acquièrent ce droit.¹⁶ Toute autre formation en soins infirmiers antérieure à cette date doit être examinée et traitée individuellement. Des mesures compensatoires sont demandées si elles sont jugées nécessaires. Une mise à niveau est aussi exigée lorsque les candidats ne peuvent pas prouver qu'ils ont exercé leur profession, pendant trois ans, au cours des cinq dernières années (à partir du dépôt de la demande). En ce qui concerne les Etats de l'UE de longue date, les expertes sont quelques fois confrontées à d'anciennes formations spécialisées (par exemple les infirmières puéricultrices ou les infirmières en santé mentale) qui ne sont pas conformes aux directives citées ci-dessus et pour lesquelles on demande des stages d'adaptation en soins généraux. Les chiffres montrent que ces cas sont cependant relativement rares.

Le nombre de reconnaissances de titres ayant été obtenus pour les pays frontaliers est de 4'584, dont seulement 86 après l'accomplissement de mesures compensatoires. Les 107 diplômes provenant des pays du Sud de l'Europe (Espagne et Portugal) ont tous été reconnus directement.

Le prochain diagramme ne concerne que les diplômes reconnus provenant des Etats tiers à faible et à haut revenu, obtenus sans ou après l'accomplissement de mesures compensatoires. On compte pour la période de 2007 à 2010 treize pays africains, huit pays asiatiques, sept pays d'Amérique latine, dix-sept pays d'Europe de l'Est extracommunautaire, deux pays du Proche et du Moyen-Orient. Les quatre derniers pays que nous avons regroupés sous l'appellation « autres » sont le Canada, les Etats-Unis, la Nouvelle-Zélande et Israël. Le nombre total de titres reconnus s'élève à 471, dont 345 après l'accomplissement de mesures compensatoires.

¹⁶ La reconnaissance repose sur les directives sectorielles de l'UE. Aucun positionnement par rapport à un niveau ne peut être indiqué car les titres professionnels concernés ne sont pas comparables avec les filières de formation suisse de niveau école supérieure; seule la conformité aux directives européennes peut être examinée dans ce contexte.

Figure 5.3 Nombre de reconnaissances de titres provenant des Etats tiers à faible et à haut revenu obtenus sans ou après l'accomplissement de mesures compensatoires (2007-2010)



Source: CRS

La même situation prévaut pour toutes les aires géographiques: la majorité des diplômes ne sont reconnus qu'après des mesures compensatoires. Même si elles constituent une minorité de cas, les homologations directes ont été établies soit sur la base des anciennes prescriptions de la CRS pour les diplômes d'infirmière en soins généraux, soit parce qu'il s'agissait de formations élevées (universitaires), soit parce que l'on a pris en compte l'expérience professionnelle accomplie en Suisse ou parce que le titre avait été préalablement reconnu par un autre pays européen (on parle alors de reconnaissance indirecte ou de « reconnaissance de la reconnaissance »). Les expertes soulignent que le nombre de reconnaissances directes dans ces pays a baissé depuis 2008. Si l'on considère, à titre d'exemple, les diplômes provenant des trois Etats tiers qui figurent en tête du Top Ten (Tableau 5.1), 21 diplômes indiens sur 28 et 113 titres de la République fédérale de Yougoslavie sur 155 ont été reconnus après l'accomplissement de mesures compensatoires. Pour ce qui est des titres originaires de Bosnie-Herzégovine, quatorze obtiennent une reconnaissance sans l'accomplissement de mesures compensatoires alors que douze seulement après les mesures compensatoires.

L'analyse des chiffres tend à indiquer que l'application des mesures de compensation joue un rôle discriminatoire à l'égard des immigrés des Etats tiers émergents et en développement. Il ressort en effet que ces derniers sont les plus mal lotis eu égard au durcissement de la politique migratoire les concernant, suite à l'entrée de la Suisse dans l'espace Schengen. On constate néanmoins qu'un taux analogue de ressortissants des Etats tiers à haut revenu est soumis à l'accomplissement des mesures compensatoires.

Prescriptions de la CRS en matière de comparaison des formations étrangères dans le domaine des soins

Les lacunes à compenser en vue de l'homologation d'un titre étranger sont établies en vertu de l'Art. 69 de la OFPr qui stipule que

- 1 L'office reconnaît les diplômes et les certificats étrangers:
 - a. qui sont délivrés ou reconnus par l'Etat d'origine et
 - b. qui présentent un niveau de qualification comparable à des certificats ou à des titres suisses.
- 2 Les diplômes et les certificats étrangers présentent un niveau de qualification comparable à des certificats ou à des titres suisses lorsque:
 - a. le niveau de formation est identique;
 - b. la durée de la formation est équivalente;
 - c. les contenus sont comparables et
 - d. la filière de formation comporte des qualifications non seulement théoriques mais aussi pratiques.
- 3 Les personnes domiciliées en Suisse et les frontaliers sont habilités à présenter une demande.
- 4 Les accords de droit international public sont réservés".

Source: CRS

Lacunes à combler en vue de la reconnaissance d'un titre étranger dans le domaine des soins infirmiers

La CRS envoie la notification suivante aux personnes dont la formation présente des lacunes en comparaison des standards suisses. Les lacunes à combler par le requérant, via les mesures compensatoires, sont indiquées au destinataire sur la base de la liste qui figure ci-dessous.

« Selon l'art. 69 de l'OFPr, un titre professionnel ne peut être reconnu immédiatement que si la formation suivie ne diffère pas sur des points essentiels de la formation correspondante dispensée en Suisse. Or, la formation que vous avez acquise à l'étranger diffère considérablement des matières dont la connaissance constitue une condition essentielle pour exercer la profession en Suisse.

Vous ne remplissez pas les conditions de reconnaissance à l'heure actuelle. En effet, l'examen attentif de votre formation a permis de constater que sa durée était plus courte que celle stipulée dans les prescriptions valables en Suisse.

Concernant la durée de formation, il convient de relever que seules peuvent être comptées comme temps de formation les périodes dont les contenus sont essentiels à la formation professionnelle concernée.

Nous constatons en outre qu'aussi bien la théorie que la pratique comportent des lacunes ou révèlent un approfondissement insuffisant des connaissances et des aptitudes spécifiques aux soins infirmiers. »

« Selon l'art. 70 de l'OFPr, la reconnaissance de votre titre professionnel est possible si vous satisfaites à la condition suivante :

Effectuer un stage d'adaptation d'une durée de six mois combiné avec une formation complémentaire. Le stage d'adaptation doit être effectué soit parallèlement à la formation complémentaire soit après.

Le stage d'adaptation porte sur des domaines spécifiques considérés comme indispensables à l'exercice dans la profession et dans lesquels des lacunes ont été constatées lors de l'analyse du titre professionnel. Dans votre cas il s'agit des domaines suivants :

Recueil des données et anamnèse ; diagnostics infirmiers et planification des soins ; intervention infirmière ; résultats des soins et documentation ; communication et organisation des relations ; communication intra et interprofessionnelle ; organisation et gestion ; logistique et administration.

Par stage d'adaptation, on entend l'exercice de la profession en Suisse sous la responsabilité de professionnels qualifiés. Une fois terminé, ce stage fait l'objet d'une évaluation. Les six mois demandés correspondent à un taux d'activité de 80-100% (à un taux inférieur, la durée augmente proportionnellement).

Outre le stage d'adaptation, nous vous demandons de suivre un cours de formation complémentaire dans les domaines suivants :

Santé publique en Suisse ; rôle de l'infirmier ES en Suisse, ainsi que collaboration interdisciplinaire ; théorie, sciences et recherches infirmières ; recueil des données et anamnèse des soins ; interventions infirmières; histoire des soins; économie, politique et droit de la santé; communication et gestion des relations; diagnostics infirmiers et planification des soins ; soins palliatifs, handicaps, accompagnement des mourants.

Votre titre professionnel pourra être reconnu lorsque vous aurez effectué le stage d'adaptation combiné avec la formation complémentaire. »

Source: CRS

5.3 Les mesures de compensation : un filet de sécurité

Nos interlocutrices de la CRS relèvent que l'expertise des diplômes étrangers s'avère parfois ardue. Chargées d'évaluer des titres d'origines toujours plus variées, elles s'avouent confrontées à une tâche qui dépasse leurs connaissances ethnographiques, fussent-elles affûtées sur quelques pays. Effet de la mondialisation, la difficulté majeure concerne les titres provenant de pays dont les systèmes de formation sont inconnus, dans tous les cas des Etats tiers économiquement faibles. Il s'agit de traiter ces demandes au cas par cas dans la mesure où le nombre des candidats par pays est en quantité réduite alors que la diversité des provenances est en augmentation constante.

« Bon, je suis ici depuis trois ans, et puis je constate qu'on est confronté à des diplômes qu'on a vraiment jamais vu à la Croix-Rouge. Des diplômes d'infirmiers de la Somalie, de Côte-d'Ivoire, de plus en plus des diplômes de l'Afrique, qu'est-ce qu'il y a encore, l'Iran, l'Irak, de partout plus ou moins, c'est vraiment, et puis ici je fais mes recherches, est-ce qu'on a déjà eu ça ? Comment ça a été avec ce diplôme? Je vois qu'il n'y en a jamais eu. Ce sont les premiers diplômes qui nous arrivent. Et il y a peu, peut-être une personne par pays mais c'est devenu plus vaste. » (Madame U., experte CRS)

Cette même informatrice illustre les difficultés auxquelles sont confrontés les expertes en s'appuyant sur plusieurs exemples concrets.

« Alors nous nous sommes un peu limitées parce que nous devons toujours garantir un peu, jusqu'au point que c'est possible, que ce sont des vrais diplômes. Pour le Congo, on a déjà eu différents cas, par exemple un email d'un Congolais qui se présentait comme le responsable désormais de toutes les formations congolaises et puis là bon, il faut être prudents. Et puis, il y a des anciennes formations qui étaient sous le régime de Mobutu, et puis là, il y a des diplômes corrects où on peut au moins un peu vérifier. Et avec les attestations de réussite nous avons toujours un problème n'est-ce pas, mais pas seulement au Congo. Il y a souvent des pays qui donnent des attestations de réussite et après deux ans, trois ans, il y a le diplôme qui suit, même en Italie c'est comme ça. Et puis, pour nous, c'est très difficile de vérifier quelle attestation de réussite est valable. Parfois, ils reçoivent aussi une attestation de réussite et puis dans l'année qui suit ils doivent encore faire la pratique, ou un travail de fin d'étude ou quelque chose comme ça et puis après tout ça ils auront le diplôme. Alors, pour nous, c'est très difficile de vérifier la validité de ces attestations de réussite. Et au Congo, pour le moment, il n'y a rien qui fonctionne alors. » (Madame U., experte CRS)

La tâche d'évaluation s'avère complexe. Les critères de jugement insuffisants ou peu contrôlables. Les hésitations sont fréquentes. Se trouvant dans une position inconfortable, il n'est pas rare que les expertes soient confrontées à des cas pour lesquels elles ne savent pas quelle décision prendre.¹⁷

« Oui, oui, nous hésitons souvent. Par exemple, dans ces pays, il y avait un Somalien dont j'ai fait l'expertise et je me suis dit : "mais comment peut-il avoir un diplôme ? Qui a établi ce diplôme en Somalie parce qu'il n'y a plus d'institution, il n'y a plus d'Etat, il n'y a plus rien du tout". Mais après, j'ai constaté, selon l'année, que ça pouvait être encore, là c'était encore un peu et puis il a tout fourni, copie certifiée conforme, attestation de formation. (...) C'était dans la langue officielle et traduit en anglais. Et puis, j'ai pensé bon, selon cette formation, je peux le reconnaître comme infirmier ES, le niveau est juste. Il lui manquait beaucoup d'heures, alors je l'ai envoyé dans la formation complémentaire et en stage d'adaptation et pendant ce stage d'adaptation on a très vite remarqué que ça ne suffisait pas. Pas du tout. Et c'est au plus tard là où on a une certaine garantie qu'il y a des gens qui ont vraiment peut-être falsifié leurs diplômes. » (Madame U., experte CRS)

¹⁷ Quelle est leur réelle marge d'appréciation dans l'évaluation des dossiers qu'elles ont à juger ? Quelles difficultés particulières rencontrent-elles ? Quelles considérations de nature socioculturelle interviennent dans leurs prises de décision ? Quelles hésitations, quels malaises éprouvent-elles face à certains de leurs choix ? Quelles critiques silencieuses adressent-elles aux faiblesses et aux zones de flottement du dispositif qu'elles actionnent ? Toutes ces questions mériteraient d'être investiguées plus à fond.

Les expertes de la CR appliquent des règles imposées d'en haut. Leur action, fondée sur les « bases légales » en matière de compatibilité des formations étrangères, et sur le critère plus flou de qualité des soins, se situe en amont du processus d'homologation. En tant que fonctionnaires de l'Etat, elles ont le devoir de « coller » aux règles qui sont en vigueur. La crainte de délivrer une attestation ou une décision de reconnaissance obtenue illégalement conditionne, à cet égard, leur précaution. Soucieuses de « garantir la qualité dans le secteur de la santé publique et par conséquent de protéger la population »¹⁸, elles se sentent, d'autre part, responsables à l'égard des employeurs et des usagers des institutions médico-sociales de juger de la pertinence des dossiers qu'elles ont pour mission d'évaluer.

Se déclarant animées par des considérations de justice sociale, les expertes s'estiment tout aussi préoccupées de servir les intérêts des demandeurs de reconnaissance des titres professionnels étrangers. Nos entretiens montrent qu'elles sont non seulement conscientes mais sensibles à l'égard des difficultés que rencontrent les requérants sur le plan des exigences administratives. Confrontées à des dossiers incomplets qu'il est parfois difficile d'évaluer, elles vivent une tension entre le désir d'appliquer un principe de générosité (attitude morale fondée sur la confiance qui conduit à donner leur chance aux demandeurs de reconnaissance) et un sentiment de prudence alimenté par le soupçon¹⁹ (le risque de laisser passer des dossiers falsifiés et partant de se décrédibiliser en tant qu'expert). Entrant en matière en délivrant une décision de reconnaissance, elles optent ordinairement pour une solution médiane en choisissant de déléguer la tâche du jugement définitif d'une part aux institutions chargées d'assurer les suppléments de formation, d'autre part aux professionnels qui prendront la responsabilité du stage d'adaptation. En tout état de cause, les mesures de compensation qui sont dictées, suite à leur intervention, visent à formater les immigrés à notre modèle de santé (et à nos habitudes culturelles telles qu'elles s'y sont développées) dans l'optique de les insérer à notre marché du travail. Celles-ci constituent donc un « filet de sécurité » au moins sous deux aspects. Elles allègent tout d'abord la part de responsabilité et la marge du pouvoir de décision des expertes CRS. On l'a entendu de leur bouche dans les citations qui précèdent, les formations supplémentaires et sans doute plus encore les stages d'adaptation sont pensés comme de véritables occasions de mettre à l'épreuve les acquis des requérants et, au demeurant, d'identifier d'éventuels imposteurs²⁰. Leur application vise, d'autre part, à garantir que les standards de qualité, que notre système de santé se donne pour objectif d'atteindre, seront transmis.

La question se pose alors de savoir dans quelle mesure les stages d'adaptation, difficiles à trouver (semble-t-il particulièrement en Suisse romande) et fréquemment non payés ou sous payés, et les formations complémentaires, onéreuses, qui demandent de surcroît un investissement personnel conséquent, constituent des freins insurmontables pour certaines personnes en quête d'homologation d'un diplôme étranger. Il s'agit en d'autres termes de se demander si les mesures de compensation sont génératrices de *brain waste*.

¹⁸ Rubrique « Questions fréquemment posées » du site de la CRS.

¹⁹ L'une d'entre elles exprimait son souci de ne pas « mettre les patients dans les mains de n'importe qui. »

²⁰ S'ils remplissent correctement leur fonction, ces stages pratiques se révèlent de précieux instruments d'évaluation mais également d'auto-évaluation dans la mesure où les candidats immigrés y trouvent l'opportunité de prendre connaissance des normes propres à l'exercice des professions de soins dans le contexte helvétique.

6 Du côté du personnel auxiliaire immigré des Etats tiers à faible revenu : vécu et points de vue subjectifs

Les trajectoires des soignants immigrés ne conduisent pas forcément à la reconnaissance du titre qu'ils ont acquis à l'étranger. Le projet de requalification vient butter sur des obstacles qui soit empêchent ou retardent sa mise en œuvre, soit ralentissent ou viennent interrompre son déroulement.

Deux catégories d'acteurs nous paraissent devoir figurer en exergue de ce chapitre. Il est, en premier lieu, extrêmement important de rappeler que les personnes qui résident en Suisse ne sont pas toutes autorisées à exercer leur profession ou à entamer une procédure en vue de faire reconnaître le(s) titre(s) qu'elles ont obtenu(s) avant leur arrivée. Les immigrés, détenteurs d'un titre étranger au bénéfice d'un permis N, ne sont tout bonnement pas autorisés à soumettre une procédure d'homologation et ceci quelque soit leur secteur de qualification. Les requérants d'asile, qui voient leur situation s'éterniser, se trouvent de la sorte mis en marge de toute démarche qui contribuerait à les intégrer conformément à leur niveau de qualification.

Ayant identifié nos informateurs parmi les personnes employées en tant qu'auxiliaire de santé ou ayant occupé un tel poste avant d'être arrivées au terme de leur procédure d'homologation, il nous a été possible d'appréhender la situation des requérants d'asile que de manière indirecte. Premièrement, grâce aux récits autobiographiques de plusieurs informateurs qui, rétrospectivement, nous ont décrit les moments où ils étaient « passés par là ». Deuxièmement, par des exemples, concernant d'autres personnes, rapportés par nos interlocuteurs. Ensuite, en nous fondant sur notre connaissance du terrain acquise par le biais de recherches ultérieures, de participations à des journées d'études ou de lectures ciblées. Le site Voix d'Exils, média social en ligne (<http://voixedexils.ch/>), constitue à cet égard une excellente source d'information. Enfin, à travers des relations privées avec des personnes vivant de telles situations.

La seconde catégorie concerne les immigrés qualifiés, au bénéfice d'un permis d'établissement qui leur ouvre l'accès à notre marché du travail, mais qui, soit n'utilisent pas l'opportunité qui leur est offerte sur le plan juridico-administratif, soit hésitent longuement avant de se lancer. Ce phénomène concerne apparemment nombre d'immigrés diplômés ou certifiés dans le domaine des soins. Il ressort nettement du discours de nos informateurs. Tout d'abord pour ceux qui nous ont relaté leur propre parcours dans les « petits métiers » avant qu'ils deviennent auxiliaires de santé. Plusieurs d'entre eux nous ont aussi dit connaître un nombre significatif d'immigrés qualifiés dans les soins (ordinairement des compatriotes) qui, n'ayant jamais tenté d'entamer une procédure de reconnaissance, travaillent dans des activités subalternes (nettoyages, restauration). Nous avons, de notre côté, été en contact avec des personnes dans cette situation en plusieurs occasions informelles.

Les immigrés concernés vivent dans les interstices de notre société, dans des niches existentielles. Le repli sur des activités de survie qui caractérise leur mode d'intégration professionnelle semble conditionné par un cumul des handicaps, à commencer par le besoin de gagner assez d'argent pour s'en sortir à court terme. Le manque de temps et d'argent pour se consacrer à l'apprentissage de la langue locale est un facteur prégnant. Les propos des intéressés, tenus dans nos entretiens autobiographiques et dans nos conversations informelles, montrent que cette attitude de retrait est également souvent la résultante d'échecs et de déconvenues antérieures. Il dépeint des tentatives avortées. Les attitudes les plus démobilisées témoignent également de parcours de migration chahutés et traumatisants. Il arrive que des personnes placées dans cette situation développent des conduites qui trahissent une certaine forme de résignation. Elles nous ont souvent dit avoir été découragées par leurs compatriotes ou, de façon plus générale, par des immigrées en provenance de pays extracommunautaires qui avaient expérimenté des difficultés à faire reconnaître leur propre titre, souvent cependant dans un domaine autre que celui des soins. Nos répondants déclarent devoir, ou avoir dû, faire face à de multiples contraintes et obligations qui les empêchent/aient de sortir de l'engrenage.

L'interdiction notifiée aux requérants d'asile, comme la relégation des personnes qualifiées dans des activités de repli, induit, en tout état de cause, un double phénomène de *brain waste* qui reste largement occulté. On ne s'est jusqu'ici jamais donné les moyens ni de le quantifier ni de l'étudier d'un point de vue qualitatif. Notre dispositif de santé publique et de politique migratoire se trouve, de la sorte, en face d'une inconnue autant statistique qu'humaine. Le nombre et le type de personnes que cela concerne mériterait pourtant grandement d'être documenté, ne serait-ce qu'en termes d'ordre de grandeur et de profils emblématiques.

Rien ne permet pourtant d'affirmer que ces modes d'existence précaires soient définitifs. Nos conversations avec les concernés et les indications qui ressortent de nos entretiens tendraient à prouver qu'ils sont plutôt conçus comme des salles d'attente fondées sur l'espérance. Les démarches d'homologation sont repoussées à des jours meilleurs, quand les circonstances le permettront.

En suivant le raisonnement de plusieurs auxiliaires, il n'est, dès lors, plus question d'une simple reconnaissance de titres mais d'une quête de reconnaissance personnelle et humaine qui devient une fin en soi. Cette attitude nous semble devoir être signalée pour rendre compte du lien spécifique que ces acteurs faibles tissent avec leur activité professionnelle. La valorisation du travail accompli via le regard de l'Autre — patient, supérieur ou collègue — devient primordiale dans la construction d'une image positive de soi.

« Moi, quand le résident il est content, pour moi c'est une reconnaissance. Je sais pas si vous comprenez ce que je veux dire. C'est pas vraiment au niveau des collègues ou des chefs, non, non, moi c'est quand je m'occupe d'un résident, qu'il me dit merci ou bien pas forcément mais qu'il me sourit et puis qu'il est content, pour moi, ça veut dire quelque chose. » (GE, Vierra)

Les encouragements prodigués par un supérieur contribuent également à renforcer la confiance qui s'avèrera nécessaire pour se lancer dans la procédure.

« Ma cheffe, la cheffe-infirmière, elle a dit que j'avais du potentiel. Par rapport à ce que je faisais dans mon pays, elle m'a dit : "C'est dommage, Marinez, parce que je vois que vous vous débrouillez bien et pis que les gens, vous avez de la patience, au niveau de la compréhension pour les personnes" et pis c'est elle qui m'avait stimulée un peu pour aller en avant. » (GE, Marinez)

Les infirmières-cheffes ne s'impliquent pas toujours avec autant d'empathie et ne constituent pas obligatoirement des supports à la motivation. L'ancrage dans une institution au rang d'auxiliaire paraît en revanche stimuler les infirmières diplômées en situation de *brain waste* à s'engager dans les démarches administratives nécessaires à leur requalification. L'ensemble des trajectoires que nous avons étudiées tend en effet à indiquer que l'obtention d'un emploi en EMS ou en CMS ne permet pas uniquement de mettre le pied dans le marché du travail. La probabilité qu'une infirmière immigrée au bénéfice d'un titre étranger envisage concrètement de commencer une procédure de reconnaissance semble bien plus grande que si elle travaillait dans une autre branche.

6.1 La reconnaissance d'un diplôme étranger d'infirmière : un parcours jalonné d'obstacles et d'opportunités

Entamer une procédure d'homologation d'un titre étranger revient, pour le requérant, à faire un choix qui l'introduit dans un parcours balisé d'achoppements et d'opportunités de nature variée. Cette décision n'est pas strictement individuelle mais implique également l'entourage du candidat. Les personnes qui s'engagent dans cette voie n'atteindront pas obligatoirement l'objectif souhaité. Des requêtes sont, on l'a vu, rejetées par la CRS. Une certaine quantité de non recalés abandonne en cours de route.

Il ressort de nos enquêtes qu'on entreprend ordinairement des démarches administratives après un certain parcours migratoire. Nos entretiens semblent indiquer que les personnes qui entament une procédure de reconnaissance évaluent positivement leur chance d'atteindre leur objectif. La décision

de se lancer ne paraît toutefois pas pouvoir être interprétée comme le simple résultat d'un calcul rationnel basé sur la confiance en ses chances de réussite. Les discours des immigrés mettent en évidence des attitudes et des stratégies qui sont développées pour faire face à l'adversité et aux difficultés ou pour saisir les opportunités qui se présentent. Ils relatent des conditions de vie, des attermoissements, parfois des souffrances existentielles. Il nous semble, de la sorte, crucial de ne pas ignorer que le monde vécu se construit sur des raisonnements du sens commun qui laissent place aux croyances et à l'espérance. Nos informateurs vivent dans une compréhension imparfaite et pragmatique de notre système administratif. Ils construisent leur action, à toute fin pratique, sur la base d'informations non vérifiées et souvent non vérifiables. Ils développent, face aux obstacles qui se dressent sur leur route, des stratégies fondées sur l'espoir en l'impartialité de nos institutions, voire sur l'existence de failles du système qui leur permettraient de « passer entre les gouttes », telle cette infirmière, au bénéfice d'un permis N, qui veut envoyer un dossier envers et contre tout après avoir entendu dire d'une de ces compatriotes que les expertes de la CRS avaient délivré par erreur un préavis positif à une personne dans son cas.

Comme en témoignent les propos tenus par nos répondants, les difficultés que rencontrent les immigrés soignants pour se requalifier professionnellement peuvent être d'ordre administratif, linguistique, financier, psychologique, social et/ou familial. Ces dimensions font système. L'influence de tel ou tel facteur est souvent difficile à isoler. Les problèmes ont tendance à s'additionner et à se combiner. Les chausse-trappes auxquelles ils doivent faire face sont diversement vécues et négociées à la faveur de circonstances que nous nous emploierons à décrire ci-dessous.

Flora : le cumul des ressources

Flora a obtenu son diplôme d'infirmière en 2004 à l'Institut Médical de Kinshasa. Elle dit « se sentir profondément infirmière » et entend faire tout ce qui est nécessaire pour le redevenir en Suisse. Armée d'une volonté farouche, elle déclare ne pas vouloir se laisser décourager par les Africains qui lui déconseillent de se lancer dans une procédure de reconnaissance qu'ils lui prédisent vouée à l'échec du fait du manque de considération qu'on accorde à la valeur des titres acquis dans les pays du Sud.

Congolaise, Flora parle et écrit le français. Ouverte et chaleureuse, elle attire la sympathie. Réfugiée au bénéfice d'un permis N, elle a trouvé de l'appui auprès d'une organisation valaisanne d'aide aux immigrés. Jeune, célibataire et jolie, elle a également rencontré « des hommes prêts à l'aider » et est tombée amoureuse de l'un d'entre eux qui la soutient psychologiquement et financièrement. Celui qu'elle nomme son « fiancé » lui a présenté ses parents et ses amis qui l'ont « adoptée ». Ensemble, ils s'emploient, avec le concours de leurs connaissances des milieux de l'intégration, à comprendre les démarches administratives qui permettront à Flora d'entamer la procédure de reconnaissance de son titre d'infirmière congolais. Flora s'était montrée prévoyante. Elle avait emportée avec elle tous les documents officiels qu'elle possédait. Elle parvient à rassembler les pièces qui lui manquent grâce à la mobilisation au Congo de sa mère et d'un oncle qui milite activement dans le domaine du respect des droits humains. Elle apprend entretemps que les détenteurs du permis N n'ont pas la possibilité légale d'entamer une procédure de reconnaissance. Ne voulant pas « profiter de la Suisse », elle cherche et trouve plusieurs emplois à durée limitée dans des EMS valaisans en tant qu'aide-soignante non qualifiée. Ne voulant pas demeurer inactive, et voulant à tout pris exercer sa profession, elle travaille bénévolement à l'hôpital de Sierre. Elle obtient dans la même période le statut de réfugié.

Son couple « marche bien » mais elle préfère ne pas se lancer précipitamment dans le mariage « simplement pour des raisons de papiers ». Flora est une catholique croyante et pratiquante. Elle considère le mariage comme une chose sérieuse qui ne peut être décidée que « quand deux personnes se connaissent bien et savent qu'elles ne divorceront jamais ». Convaincue de ses sentiments et de la solidité de sa relation, elle se marie. Elle dépose son dossier de demande de reconnaissance dans la foulée et obtient quelques mois plus tard un préavis positif de la CRS qui l'oriente vers les mesures de compensation. Flora s'apprête aujourd'hui à commencer la formation supplémentaire requise. Elle a également trouvé des places pour effectuer le stage d'adaptation dans trois EMS. Le premier lui propose un stage non rémunéré qu'elle considère comme de « l'exploitation ».

Le second un forfait mensuel de 1400.- avec un contrat en bonne et due forme d'infirmière stagiaire. Le dernier établissement est prêt à l'engager au salaire d'une aide-soignante, soit 3'300.- par mois. Elle redoute toutefois d'entrer dans une « magouille » en ne comprenant pas pourquoi l'employeur lui propose d'établir deux contrats, le premier, interne, en tant qu'aide-soignante, le second en tant qu'infirmière stagiaire à l'usage de la CRS. Elle se réjouit de pouvoir bientôt envoyer de l'argent à sa famille.

6.2 Freins administratifs

6.2.1 Comprendre la procédure

La première barrière qui se dresse est relative au décodage du cheminement à accomplir. Des problèmes de compréhension de la procédure à suivre nous ont souvent été rapportés. Ceux-ci concernent aussi bien les requérants et leur entourage (migrant ou suisse) que les employeurs. A titre d'exemple des difficultés rencontrées, écoutons l'opinion d'une infirmière-chef qui a soutenu activement deux de ses collaboratrices :

« Le côté officiel de la procédure retient souvent ces femmes. Comment je commence ? A qui je m'adresse, où est-ce que je m'inscris ? Ce qui m'épate toujours ce sont ces lettres de réponse de la Croix-Rouge. Je me considère moyennement intelligente et je travaille depuis huit ans comme cadre. Mais chaque fois je devais me renseigner auprès de la Croix-Rouge et demander : "Qu'est-ce que vous avez écrit dans votre lettre ?" Leur style est tellement compliqué et juridico-officiel que je me demandais à la fin : Qu'est-ce qu'elle doit faire ? C'est vraiment très intimidant et je n'ai pas arrêté de les accompagner de près. » (Infirmière-chef à Uznach)

Le registre administratif s'avère parfois assez opaque et peut indéniablement constituer une difficulté à l'intelligibilité. Le site internet de la CRS apparaît dominé par des considérations d'ordre juridiques et bureaucratiques et singulièrement par le souci de faire état des « bases légales ». C'est de fait essentiellement la rubrique « Questions fréquemment posées » (FAQ) qui s'adresse aux requérants (et aux employeurs) dans un langage relativement accessible.

Les expertes admettent que la présentation de leur site peut constituer un obstacle et sont d'avis qu'il est nécessaire de l'améliorer. Elles considèrent cependant que la compréhension du fonctionnement de nos institutions, et partant de sa rhétorique administrative, est constitutive du processus d'intégration au marché du travail helvétique. L'aptitude à décoder le cheminement de la procédure indiquée sur le site est de la sorte considérée comme une preuve de ce dernier.

« Je pense que déjà de comprendre comment ça marche, la procédure de reconnaissance, est assez difficile et comme elle est écrite dans notre site internet, elle est encore plus difficile à comprendre. Surtout pour quelqu'un, c'est même difficile à comprendre pour, on a beaucoup des employeurs qui nous appellent : " mais comment, quoi". C'est même compliqué pour des Suisses. Je suis en train d'essayer d'adapter le site, de le rendre plus compréhensible mais il me manque le temps. Ça c'est un côté, l'autre côté c'est que si ces gens-là veulent travailler comme infirmier diplômé en Suisse, on doit exiger qu'ils soient capables de poursuivre un certain processus, de comprendre un peu le système, de s'appropriier les connaissances linguistiques. Alors c'est fondamental. Et puis ça les aide peut-être pour commencer la procédure de reconnaissance mais finalement sur le marché du travail ça ne les aide pas grand chose si on, comment on dit, si on rend la reconnaissance, la profession aussi facile d'accès. Parce qu'il faut, à mon avis, une intégration réussie, si elle se débrouille avec notre site Internet et notre procédure et tout et tout. (...) Alors je suis d'accord de rendre tout ça plus compréhensible mais pas d'abaisser le niveau jusqu'à rien. » (Madame U., experte CRS)

La CRS part en outre du constat que les immigrés qui entament une procédure de reconnaissance sont ordinairement déjà relativement bien acculturés.

« Je pense qu'il faut prendre en considération que les gens sont souvent depuis assez longtemps ici avant qu'ils demandent la reconnaissance, surtout pour les pays hors UE, ils ont presque pas d'autre solution

que d'avoir une résidence en Suisse sauf s'ils ont déjà un autre travail, s'ils ont marié un ou une Suisse et par ça, ils ont appris beaucoup de connaissances ou de notions. » (Madame U., experte CRS)

Toujours est-il que la difficulté à décrypter notre système administratif représente un handicap pour la plupart des candidats et qu'elle peut exercer un effet dissuasif. On peut se demander jusqu'à quel point les compétences linguistiques requises pour exercer la profession d'infirmière (ou d'aide-soignante) en Suisse impliquent la maîtrise de notre registre juridico-administratif et de la culture spécifique auquel il appartient.

6.2.2 Constituer un dossier

Nos enquêtes montrent qu'il est souvent mal aisé pour les candidats de satisfaire aux exigences administratives de la CRS en matière de preuve à conviction. Les difficultés afférentes à la constitution d'un dossier à soumettre à la procédure d'homologation constituent le casse-tête principal de nombreux requérants qui s'emploient à suivre le processus exigé. Les immigrés qualifiés dont les démarches ont été ralenties puis interrompues eu égard à l'impossibilité de pouvoir fournir les preuves administratives requises sont probablement nombreux. Nous avons, en ce qui nous concerne, rencontré des personnes dont la procédure d'homologation a été compromise, dû être ajournée ou abandonnée en raison du mauvais fonctionnement des institutions du pays dans lequel elles avaient obtenu leur titre professionnel.

Les conséquences des guerres balkaniques ont notamment pénalisé quelques-uns de nos informateurs. Ces derniers ont été confrontés à des tracas suite à la désagrégation des institutions de leur pays de provenance et aux recompositions dont l'ex-Yougoslavie a été le théâtre. Vera nous a livré les inquiétudes qui l'habitaient.

« C'était un peu compliqué. Je dois le dire. J'ai dû envoyer trois ou quatre fois des documents divers, puis quelque chose est revenu: " Vous devez faire ceci et cela! " J'ai dû envoyer autre chose. Quelque chose d'autre est revenu. Comme ça, ça prenait beaucoup de temps. On devait faire des listes avec les heures de cours, par exemple biologie, anatomie, donner les diplômes originaux avec des traductions confirmées. J'avoue que c'était difficile. Je n'étais pas sûre que tout existait encore en bas, à l'école et comment c'était après la guerre. Mais tout allait bien... Puis je suis allé la première fois au cours. On devait présenter la confirmation d'avoir une place pour faire un stage comme infirmière diplômée. Je travaillais déjà ici, mais pas comme diplômée. On m'a dit que ce n'était pas possible en ce moment de faire ce stage. J'en avais marre... Finalement ça a joué. » (SG, Vera)

Plusieurs prises de position dans nos entretiens en témoignent, les immigrés de l'ex-Yougoslavie se réclament d'une Europe dont ils ne feraient pas partie pour des raisons politiques et économiques. Ils nous ont dit se sentir porteur d'un stigmatisme d'exclusion qui se traduirait dans le traitement réservé à leurs diplômes nationaux. Une infirmière bosniaque manifeste sa revendication dans des termes très explicites. L'argumentation qu'elle développe nous semble révélatrice d'une ambivalence entre le sentiment de constituer un cas à part en tant que migrants européens et l'affirmation d'une solidarité, entre victimes de discrimination, étendue à l'ensemble des ressortissants des Etats extracommunautaires.

« Je trouve que c'est égal si je viens des pays de l'UE ou si je viens de l'ex-Yougoslavie, ou je ne sais pas de quels pays. Si on a le diplôme, on peut bien sûr vérifier s'il est falsifié ou pas. Mais on doit donner le même chemin à tous. Pas que certains doivent passer par le feu et que d'autres l'obtiennent facilement. (...) Les Allemands, par exemple, reçoivent tout de suite le permis L, je crois, pour trois mois, et ensuite, après ces trois mois, automatiquement le permis B, ensuite ils reçoivent sans problèmes le permis de travail et le même salaire et la reconnaissance. Et ça, ce n'est pas correct. Ça c'est, si on regarde bien, de la discrimination. Comment dit-on, moi aussi je suis blanche, je ne suis pas noire, n'est-ce pas? C'est égal si quelqu'un est noir ou des Philippines ou je sais pas. Mais c'est un diplôme. S'il n'est pas falsifié, il doit compter pour tous les pays. » (SG, Dragica)

Il ressort également de notre recherche que les migrants de certains pays africains se trouvent régulièrement confrontés aux problèmes de gouvernance de leur Etat d'origine. Constituer un dossier ressemble pour eux à un véritable parcours du combattant. Il faut, si l'on entend réunir les pièces manquantes, pouvoir compter sur la disponibilité et l'implication d'alliés, parents ou amis, qui se rendent sur place ou qui vivent au pays ; guider leurs démarches à distance et immanquablement leur remettre, ou leur faire parvenir, l'argent nécessaire aux paiements d'émoluments prohibitifs réclamés par des fonctionnaires locaux qui ne se privent pas de profiter de cette opportunité de gagner de l'argent.

L'exemple de Gabriella, infirmière d'origine angolaise dépeint bien cette situation. Ne parvenant pas à réunir les documents que la CRS lui demande pour obtenir le préavis « indiquant que sa formation peut être reconnue en principe »²¹, elle travaille à Genève dans une entreprise de nettoyage.

« C'est ça, je suis entrain de faire des démarches comme je connais maintenant quelques Angolais qui partent en vacances. Par exemple, le mois passé, il y avait une dame, une amie qui habite Fribourg qui allait partir, alors j'ai écrit, je lui ai envoyé une lettre. Quand elle arrive, elle envoie ma lettre en province où j'ai étudié pour voir si la direction, si on peut me donner quelque chose. Vu qu'elle est allé après jusqu'en province, elle m'a dit quelle est partie déposer la lettre jusqu'à l'école où j'ai fait mes études. Mais tout était changé, c'était brûlé. (...). Plus tard, une dame lui a dit qu'elle a bien reçu la lettre et qu'elle va voir ce qu'elle peut faire mais vous savez dans notre pays, il faut quelqu'un qui lui donne quelque chose pour faire ça. » (GE, Gabriella)

Maints cas analogues nous ont été rapportés. Ces problèmes de mauvaise gouvernance et de corruption pénalisent triplement ces migrants qualifiés. Ils les parasitent dans la réalisation de leurs droits, les obligent à « passer à la caisse » et jettent le discrédit sur la qualité de leur formation, voire sur la validité des titres qu'ils ont obtenus. Les immigrés en provenance des pays dont l'organisation étatique et bureaucratique s'avère déficitaire risquent ce faisant d'être victimes d'un effet de discrimination en cascade : l'impossibilité de constituer un dossier de diplômé (ou de certifié) en bonne et due forme à faire valoir, le soupçon envers l'authenticité de leur titre, la propension qui existe au Nord à déconsidérer leur niveau de qualification.

6.2.3 Effectuer les mesures compensatoires

Nos enquêtes montrent qu'une majorité de personnes auxquelles elles sont demandées sont prêtes à reconnaître le bienfondé des mesures de compensation. Les répondants immigrés y voient généralement un enrichissement de leur vie professionnelle. Ils disent y trouver une occasion de rafraichir et/ou d'ajuster leur connaissances²². Satisfaire aux mesures compensatoires n'est cependant pas toujours chose facile. La difficulté de trouver un stage d'adaptation, qui plus est rétribué, ne va pas de soi. Des difficultés concrètes apparaissent à ce niveau. Les expertes de la CRS, comme les requérants, relèvent le manque de lieux de stage, particulièrement en Suisse romande où l'espace institutionnel est souvent saturé eu égard au grand nombre de stagiaires des Ecoles spécialisées (ES) et des Hautes écoles spécialisées (HES) qui jouissent d'un droit de priorité implicite. Plusieurs informateurs se sont plaints d'un manque de soutien de la part de la CRS à ce niveau. Les personnes contraintes de trouver un stage d'adaptation disent, dans l'ensemble, se sentir livrées à elles-mêmes.

Il existe par ailleurs des blocages administratifs propres à certains cantons. La possibilité d'effectuer un stage d'adaptation entre de la sorte en conflit avec l'« autorisation de pratiquer » dont l'établissement est du ressort des cantons. Les requérants se trouvent ainsi, selon les dires d'une experte, dans une position inextricable dans le canton de Genève où l'autorisation de pratiquer n'est

²¹ Comme le précise le site de la CRS, le préavis est « souvent exigé de la part des employeurs, des autorités cantonales ou des assureurs-maladie ».

²² Notons toutefois que quelques informateurs (personnes en procédure d'homologation et employeurs) les jugent inadaptées. Notre étude ne nous permet pas de nous prononcer sur ce point.

délivrée qu'aux personnes dont le titre a été reconnu. Elle a souligné que ce serait en l'occurrence à l'OFFT de chercher une solution avec les autorités genevoises.

Les mesures compensatoires, comme on l'a déjà relevé, comportent également un volet théorique. Les requérants ont soit la possibilité de s'inscrire à un examen d'aptitude professionnel, soit de suivre un cours d'actualisation. Les deux options sont offertes par des prestataires habilités de la CRS. Le montant des formations complémentaires constitue un obstacle objectif sur lequel nous reviendrons lorsque nous aborderons la question des coûts de la procédure de reconnaissance. La participation aux formations complémentaires, l'appropriation des connaissances, la préparation de l'examen d'aptitude professionnel comme les validations des cours théoriques nécessitent un investissement en temps qui peut se révéler difficilement aménageable en regard des contraintes familiales auxquelles ont à faire face les candidats.

Vera: patience et détermination

Vera, née en 1970, grandit en Bosnie. Elle y suit pendant quatre ans la formation d'infirmière et enchaîne avec une spécialisation en pédiatrie. Elle travaille pendant quelques années en nourrissant le projet de se lancer dans des études de médecine. En 1994, elle visite la Suisse en tant que touriste lorsque la guerre éclate en Bosnie rendant son retour impossible. Attendant de pouvoir rentrer, elle habite chez des parents et travaille comme sommelière. Elle ne demande pas l'asile. C'est une histoire d'amour avec un Italien, né en Suisse, qui la convainc de rester. Vera se marie, et obtient le permis B. Elle devient mère, s'occupe de son enfant. En 2003, elle reprend sa carrière professionnelle. Elle trouve un emploi dans un EMS comme auxiliaire de santé. On lui promet de la soutenir dans la procédure de reconnaissance de son diplôme d'infirmière. On prévoit une période de trois mois avant de débiter la procédure. Malheureusement, la direction de l'EMS change et le flou administratif d'un interrègne prolongé sabote son projet de changement de son statut. On lui demande de patienter jusqu'à ce qu'une consolidation des structures de l'institution rende possible l'accompagnement de sa requête. Vera travaille durant encore trois ans comme auxiliaire de santé sans entamer de procédure d'homologation. Elle se démoralise d'un cahier des charges et d'un salaire qui ne correspondent pas à ses qualifications. Lassée d'attendre, elle prend la décision de s'adresser directement à la Croix-Rouge et accepte les mesures de requalification qui lui sont notifiées.

Elle demande à sa direction de pouvoir effectuer un stage de six mois comme infirmière diplômée dans l'EMS où elle travaille désormais depuis trois ans et demi. Elle n'exclut pas de quitter cet établissement pour chercher une place de stage ailleurs. Sa requête est par bonheur appuyée par sa nouvelle infirmière-chef. L'institution accepte de lui verser un salaire d'auxiliaire durant son stage et lui octroie du temps pour suivre les cours de mise à niveau exigés par la CRS. Vera travaille aujourd'hui avec les responsabilités et le salaire d'une infirmière diplômée dans le même EMS. Elle souhaiterait trouver un emploi dans un hôpital pour effectuer des soins aigus. Un tel changement lui paraît périlleux. Il exigerait sans doute des compléments de formation comme d'autres dépenses. L'énergie pour relever ce nouveau défi lui manque pour l'instant.

6.3 Obstacles linguistiques

La maîtrise de la langue (ou des langues s'agissant de la situation de diglossie qui caractérise la Suisse allemande) de la région d'accueil constitue une exigence bien compréhensible dans les professions de la santé. Comme le rappelle Haug (2006 : 15), « La connaissance de la langue locale est un facteur décisif d'employabilité et de mobilité sociale chez les migrants et leurs descendants. » Les règles sont pourtant loin d'être claires et unanimes. Alors que la CRS préconise que l'intégration linguistique des immigrés à nos institutions médico-sociales soit fixée au niveau B1 du portfolio européen des langues pour les auxiliaires CRS et pour les aides-soignantes et au niveau B2 pour les infirmières, aucune norme n'existe véritablement au niveau fédéral. Les immigrés désireux de trouver un emploi dans un EMS ou de satisfaire aux exigences de la procédure de reconnaissance des titres étrangers se trouvent en réalité confrontés à une belle cacophonie. Deux exemples découverts sur le terrain en témoignent. Premièrement, les règles pratiquées concernant les conditions d'admission au

cours d'auxiliaire de santé CRS sont différentes dans les trois cantons que nous avons étudiés. Si les trois antennes de la CRS s'accordent sur le fait que les candidats doivent être capables de « parler, de comprendre et d'écrire » le français ou l'allemand, le Valais exige le niveau A2 du portfolio, Genève le B1 et Saint-Gall le B2 ! Second exemple, Espace Compétences S.A., prestataire de services attiré de la CRS pour la Suisse romande en ce qui concerne la délivrance des mesures de compensation, impose le niveau C1 en français aux candidats étrangers qui s'inscrivent à leur cours « Intégration : approches des soins en Suisse » alors même que la CRS demande aux requérants le niveau B2 et que ses prestataires suisses alémaniques se satisfont de ce même niveau ! On peut supposer que cette exigence lausannoise ne manque pas d'avoir des effets discriminatoires.

L'acquisition des compétences linguistiques par immersion dans l'environnement quotidien, ou l'apprentissage d'une langue de manière formelle en milieu scolaire, prend du temps et exige un investissement personnel considérable.

Certains immigrés vivant en Suisse ne sont pas confrontés à l'obstacle d'une langue à apprendre s'ils entendent pouvoir s'intégrer professionnellement. Ils ont pour atout de maîtriser l'idiome de la région d'accueil avant leur arrivée en Suisse. Nos informateurs issus des pays d'Afrique francophone (anciennes colonies belges ou françaises) dans lesquelles la langue française est à la fois idiome de la scolarisation et langue véhiculaire se trouvaient dans cette situation. Ces immigrés connaissent par ailleurs l'avantage d'avoir des documents officiels qui ont été établis en français. Ils n'ont en conséquence pas à les faire traduire avant de les soumettre à la CRS. Leur altérité linguistique se résumera à l'influence exercée par leur variante régionale d'origine sur leurs pratiques langagières (leur façon de parler le français).

L'apprentissage ou l'acquisition d'une langue nationale constitue en revanche un écueil pour l'ensemble des immigrés qui ne disposent pas de ces langues dans leur répertoire linguistique. Tous les apprenants d'une langue étrangère ne sont pourtant pas logés à la même enseigne. Les recherches en linguistique appliquée montrent clairement que la difficulté d'apprendre la (les) langue(s) pratiquée(s) localement est d'autant plus importante que l'écart qui sépare la (les) langue(s) source(s) de la (des) langue(s) cible(s) est grand. On peut de la sorte considérer que les locuteurs des langues romanes auront moins de mal à s'approprier le français et à travailler dans cette langue.

Toujours est-il que, quelle que soit la distance ou la proximité entre les langues sources et cibles, les difficultés relatives à l'apprentissage des idiomes locaux ressortent de l'ensemble des entretiens que nous avons réalisés avec les personnes confrontées à cette barrière. L'obstacle linguistique est un frein à la progression professionnelle dont l'importance se révèle considérable dans certains cas. Des répondants immigrés accordent ainsi un rôle prépondérant, voire déterminant, à ce problème. C'est, selon eux, la difficulté d'apprendre le français ou l'allemand (nous n'avons pas enquêté en Suisse italophone) qui constitue la cause majeure de leur déqualification.

A titre d'exemple, une informatrice travaillant dans un établissement saint-gallois mentionne le cas d'un collègue qui a abandonné sa carrière professionnelle dans le domaine de la santé en raison de connaissances d'allemand insuffisantes:

« Je connais un infirmier diplômé (d'un pays balkanique) qui a commencé comme auxiliaire de santé dans un EMS. Il avait entamé la procédure de reconnaissance de son diplôme, mais il n'arrivait pas à passer le test de langue niveau B2. Il l'a essayé à plusieurs reprises sans succès. L'allemand était son plus grand problème. Il travaille maintenant comme chauffeur de camion. » (SG, Radmilla)

D'autres répondants disent avoir renoncé momentanément à améliorer leurs ressources linguistiques en langue de la région d'accueil. Les raisons principales invoquées sont liées au manque de temps mais également d'envie à se replonger dans les livres et à se soumettre à des examens. Cette attitude semble souvent liée à l'âge, plusieurs personnes soulignant qu'apprendre une langue s'avère plus facile quand on est jeune.

Des informateurs nous ont rendu attentifs au fait que la situation se complique encore en Valais, canton bilingue, où la connaissance de l'allemand et du français s'avère non seulement un atout mais qu'elle est souhaitée par certains EMS.

Les employeurs mettent, de leur côté, unanimement l'accent sur le fait que les métiers médico-sociaux sont basés et sur la relation et, ce faisant, largement sur la communication verbale. Insistant sur le fait que les patients doivent avoir le droit de s'exprimer et d'être compris dans leur langue, ils s'opposent à engager des immigrés dont la maîtrise linguistique est jugée insuffisante. Des employeurs suisses alémaniques soulignent, au demeurant, que les patients fragilisés ne sont souvent plus capables de s'exprimer en allemand standard. Plusieurs d'entre eux ont déclaré préférer recruter des Allemands dans la mesure où ces derniers apprennent rapidement le dialecte.

6.4 Difficultés financières

Lorsqu'on les additionne, les dépenses engendrées par l'ensemble de la procédure d'homologation peuvent se révéler conséquentes. Les tarifs de la CRS s'avèrent relativement modestes. La somme de 120.- est facturée pour l'établissement du préavis. La reconnaissance simplifiée s'élève quant à elle à 500.- alors que le montant d'une procédure d'homologation avec décision partielle exigeant un surcroît de travail de la part des expertes revient au maximum à 940.- Nos enquêtes font pourtant voir que les coûts annoncés à ce stade du processus d'homologation représentent une barrière qu'il s'agit de ne pas minimiser. Conscients qu'entamer la procédure ne garantit pas un retour sur investissement, des informateurs nous ont ainsi déclaré hésiter (ou avoir hésité longuement) à engager ces dépenses en prenant le risque qu'elles soient à fond perdu.

« J'ai demandé à la Croix-Rouge comment il fallait s'y prendre pour faire reconnaître mon diplôme. Ils m'ont dit que, donc la dame que j'ai eue, elle m'a dit que les diplômes du Rwanda on ne les accepte pas. Que de toute façon, pour faire ces démarches, il fallait déposer les papiers sans avoir une assurance que le diplôme va être accepté et il fallait déposer au départ de l'argent. C'était une somme assez conséquente qu'on m'avait dit. (...) Je me suis dit "mais mince alors ! Et pis si ce n'est pas acquis, on donne donc 2'000.- de perdu comme ça et on ne te donne même pas une validation." » (VS, Mia)

Comme l'illustrent les propos de cette informatrice, l'effort financier à consentir participe souvent d'une vision floue qui trahit une certaine inquiétude. Les expertes connaissent cet état de fait. Indice d'une prise en compte des éventuelles réprobations de leurs clients, le site de la CRS justifie, du reste, en plusieurs endroits, le montant des émoluments en prenant soin de préciser qu'ils « sont perçus (...) uniquement pour couvrir les frais. » Le recours à un numéro payant de 2.50 la minute, mal perçu par les requérants, a par ailleurs été mentionné par certains de nos informateurs immigrés. Interrogée à ce propos, les expertes nous ont expliqué qu'il s'agissait d'une décision mûrement réfléchie, destinée à se protéger des appels intempestifs qui venaient perturber le bon déroulement de leur travail²³.

« C'est dissuasif d'une part mais ce qu'on a remarqué c'est que les questions étaient beaucoup plus succinctes et préparées qu'avant. Quand c'était pas payant les gens nous téléphonaient avant même d'avoir lu la lettre, depuis la caisse de la Migros avec le Natel, et puis quand on leur disait : "donnez-moi votre numéro de référence, de quelle reconnaissance il s'agit ? " "Ah, je sais pas, je suis dans ma voiture ou je suis justement avec les enfants à la crèche", donc ça, ça va pas. (...) Voilà donc on a fait un immense effort pour que le courrier soit compréhensible, que la page internet soit assez actualisée, toujours difficile mais bon, qu'elle le soit le plus complète possible, qu'il y ait tout, qu'on trouve tout et puis qu'on téléphone dans un deuxième temps et que les téléphones soient préparés, qu'on ait le dossier sous les yeux, qu'on sache de quelle lettre on parle et puis qu'on soit préparé, que ça soit une culture du téléphone pas simplement "j'ai reçu une lettre" paf, on appelle. Et ça, ça s'est beaucoup amélioré quand on demande un conseil par téléphone (...) et puis les téléphones des employeurs ne sont pas payant.

²³ Elles ont en outre insisté sur le haut degré de satisfaction concernant les prestations offertes par leur service en se fondant sur les réponses aux questionnaires d'évaluation distribués à leurs clients.

Donc, il est toujours possible aussi de voir avec son employeur et puis dire : "j'ai quelques questions est-ce que vous appelez avec moi ? " Puis voilà, (...) mais on travaille à but non lucratif, c'est pas juste qu'une personne doive payer, alors que d'autres téléphonent pendant deux heures. Donc c'est un petit peu euh, ma foi un peu le pollueur-payeur. C'est un peu l'idée que celui qui a besoin de beaucoup d'informations, ma foi il investit peut-être 20.- de plus pour sa reconnaissance. » (Madame P., responsable de la formation professionnelle CRS)

Les dépenses qui viennent s'ajouter aux frais administratifs facturés par la CRS peuvent varier considérablement d'un cas à l'autre. Selon que le requérant doive ou non faire traduire, par un professionnel certifié, les documents nécessaires au dossier qu'il déposera (titre, attestation de réussite, relevés détaillés de cours, attestation de travail) ; selon qu'il doive ou non apprendre une langue via un parcours scolaire dûment confirmé par la réussite d'un examen final ; selon enfin qu'il passe par une procédure de reconnaissance simplifiée ou engageant l'accomplissement de mesures compensatoires.

Les stages d'adaptation professionnelle (six mois à un an) représentent fréquemment un manque à gagner important. Les rémunérations offertes varient largement d'un établissement à l'autre. Les employeurs bénéficient d'une entière liberté. Certains proposent des stages non payés, d'autres de simples dédommagements. Plus généreuses, des institutions versent tantôt des salaires de stagiaires, d'ASSC, d'aides-soignantes ou d'auxiliaires de santé. La CRS n'a aucune prise sur cette réalité. Bien que cela ne soit pas de leur compétence, il arrive pourtant que les expertes contactent des employeurs pour les sensibiliser aux difficultés financières des personnes qu'ils vont, ou ont, recrutées pour un stage d'adaptation. La CRS s'emploie, en outre, à tenir à jour une liste d'institutions qui proposent des stages rétribués. Elle s'efforce, dans la mesure du possible, d'indiquer aux requérants des établissements qui sont disposés à les salarier. Au vu de leur expérience, les expertes estiment que les EMS des cantons suisses alémaniques sont plus enclins à verser des contributions substantielles que les institutions des cantons suisses romands. Elles relèvent, par ailleurs, un manque de collaboration de la part des ORP. Ces derniers leur envoient rarement des chômeurs qui auraient la possibilité d'entamer une procédure de reconnaissance, se montrent peu ouverts à prendre en considération la demande de placement des immigrés chômeurs qui souhaitent effectuer un stage d'adaptation et peu disposés à prendre en charge leurs salaires durant cette période.

Outre la difficulté de trouver des stages d'adaptation rémunérés, les requérants doivent faire face aux coûts des mesures compensatoires théoriques qui leur ont été notifiées. Conséquent, le montant des cours d'actualisation professionnelle en soins infirmiers est de l'ordre de 7'000.-. Ceux qui optent pour la solution de l'examen d'aptitude professionnelle doivent s'acquitter de la somme plus modeste de 1500.-. Ces frais sont en principe entièrement à la charge des candidats. Il arrive toutefois que l'établissement dans lequel travaille un requérant apporte une contribution financière. Quelques-uns de nos informateurs ont, de la sorte, bénéficié d'un remboursement partiel ou intégral des frais relatifs à leur cours de langue ou de perfectionnement. Comme s'il s'agissait d'un sujet délicat, cet appui financier nous a souvent été décrit à demi-mot comme en témoigne les propos de cette interlocutrice.

« Madame X a dit que ceci ne va pas et qu'on devait maintenant faire avancer les choses et que je devais recevoir ma reconnaissance. Elle a mis les choses en route et m'a beaucoup aidée et la maison aussi. Je dois dire qu'il s'agit de beaucoup d'argent. L'école coûte très cher. (...) Je ne peux maintenant pas mentionner de chiffres mais je dois dire que Madame X a dit que ça faisait tellement longtemps, pendant quatre ans, que j'avais combattu. Elle a dit : "Nous n'allons pas laisser tomber ça, c'est la maison qui doit prendre ça en charge. » (SG, Dragica)

Les défraiements octroyés semblent relever des cas précis où un employeur, satisfait des prestations d'une personne qu'il a vu à l'œuvre sur la durée, entend participer à sa progression en lui demandant, en contrepartie, de demeurer fidèle à son institution, une fois la procédure de reconnaissance arrivée à son terme. Dans les cas que nous avons pu observer, l'appui financier s'accompagnait, ce faisant, de la signature d'un contrat de travail d'au moins un an. Cette stratégie dénote à l'évidence un souci de fidélisation dans un contexte où il est difficile pour les EMS d'embaucher des infirmières dont les aspirations s'orientent ordinairement vers les soins aigus. Les employeurs ne sont cependant pas tous

disposés à subventionner les employés migrants qui souhaitent se requalifier. La tendance à confier des tâches qui se situent au-dessus du cahier des charges des auxiliaires en possession d'un diplôme étranger d'infirmière non homologué est malheureusement fréquente. Les employeurs profitent ainsi des compétences de leurs diplômés immigrés à moindre prix, les cantonnant dans une position ambiguë. Cet état de fait est fermement dénoncé par la CI AS CRS et par la secrétaire générale de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), Madame Elsbeth Wandeler (2008).

La liste des dépenses d'un requérant ne s'arrête cependant pas à la dimension formelle de la procédure. Des surcoûts afférents, qu'on oublie systématiquement de mentionner, viennent s'ajouter. Les frais de déplacement jusqu'au lieu des cours d'actualisation professionnelle et les repas pris hors du domicile en ces occasions. Les nombreux coups de téléphone qui assurent le pilotage à distance des alliés qui, sur place, interagissent avec les institutions du pays d'origine dans la phase délicate de la recherche des pièces manquantes du dossier. L'argent qu'on doit faire parvenir à ces aidants informels pour payer leurs déplacements lorsqu'ils n'habitent pas à la capitale. Les envois par la poste des documents. Les commissions fantaisistes exigées par les fonctionnaires habilités à établir des duplicata ou à valider les documents officiels requis pour entamer la procédure.

Le caractère fortement dissuasif de l'ensemble des coûts formels et informels ressort régulièrement des propos de nos répondants. Souvent peu fortunés, ceux-ci nous ont déclaré vivre avec des budgets étriqués qui leur permettaient déjà mal de faire face à leurs charges financières. Provenant de pays pauvres, ils nous ont pour la plupart rappelé qu'ils devaient soutenir financièrement les membres de leur famille restés au pays. Cet appui du réseau de parenté, allant de soi culturellement de la part d'un membre installé dans un pays riche, constitue un poste incompressible du budget mensuel qui peut, en plus, s'avérer capricieux lorsque ceux qui ont émigré sont sollicités pour aider à faire face à des imprévus (maladies, enterrements, études).

Valbona: un cumul d'entraves

Valbona, née en 1969, est originaire de la partie albanaise de la Macédoine. Elle fait sa formation d'infirmière pendant quatre ans surtout en Serbie et travaille peu de temps plus tard comme infirmière en Macédoine. Son mari émigre en Suisse juste avant l'éclatement des guerres yougoslaves. Bien qualifié, il reçoit un permis B. Deux ans après son arrivée, en 1992, il fait venir Valbona. Elle devient mère et se voue pendant quelques années à ses enfants ne tentant donc aucune insertion au marché du travail suisse. La famille n'a pas de projets clairs concernant son avenir de l'après-guerre. Valbona commence à travailler comme ouvrière dans une usine. Elle maîtrise toujours mal l'allemand. Ses années de mère au foyer et d'ouvrière non qualifiée suspendent sa carrière professionnelle et pèsent sur sa déqualification d'infirmière.

En 2000, Valbona perd son travail. Prenant acte de sa formation d'infirmière, l'ORP l'aiguille vers un EMS et paie son salaire pendant les six premiers mois. Son mariage périclète, une pénible procédure de divorce traîne pendant plusieurs années. Déclarant l'insolvabilité de son entreprise, son ex-mari parvient à se dégager de la pension alimentaire de ses enfants. Des procédures légales entravent le paiement anticipé des pensions par la commune. Valbona doit porter toute seule la charge de ses trois enfants. Seule à avoir émigré, elle ne peut pas non plus compter sur l'aide de sa famille. Elle ne dispose d'aucun réseau de soutien pour la décharger. Elle est par ailleurs trop fière pour demander de l'aide à l'assistance publique.

Au début de son stage payé par l'ORP, il était prévu que Valbona soit engagée comme infirmière diplômée. Une collègue serbe travaillant dans le même EMS s'y oppose farouchement. Cette dernière met en doute ses capacités et l'authenticité de son diplôme. Valbona est finalement engagée comme auxiliaire de santé. Son accord est considéré par l'EMS comme un aveu que les reproches et les soupçons étaient justifiés. Le cas n'a d'ailleurs jamais été discuté officiellement depuis bientôt dix ans que Valbona travaille dans cet EMS. Valbona n'a eu ni le temps ni l'énergie ni l'argent pour entamer une procédure de reconnaissance de son diplôme jusqu'à récemment. Deux de ses enfants font actuellement un apprentissage. Le plus petit est en sixième année primaire. Ses obligations familiales ainsi allégées, elle s'est décidée, il y a quelques mois, à entamer les démarches et s'est inscrite à un cours d'allemand de niveau B2 pour s'attaquer au premier obstacle de la procédure. Valbona n'ayant jamais approfondi ses connaissances d'allemand, elle pense qu'il lui faudra un an pour réussir le certificat. L'infirmier-chef de l'EMS n'est pas encore au courant de ses projets.

6.5 Facteur genre et identité infirmière

Les métiers de la santé sont principalement des activités féminines. Les problèmes rencontrés par nos répondantes présentent ce caractère sexué. La plupart de nos informatrices accordent un rôle prépondérant à des contraintes familiales et conjugales que vient accentuer la situation de migration. Elles seraient, selon les cas, la cause principale de leur stagnation professionnelle.

Nombre de répondantes ont à faire face à des obligations familiales, à des tâches domestiques, à des situations conjugales qui les empêchent d'avancer ou les ralentissent dans leur parcours professionnel. Sous la pression de contraintes multiples, elles déclarent ne pas toujours parvenir à concilier leur travail et leur intention de se requalifier professionnellement avec leur rôle de mère et d'épouse, parfois de sœur, de fille et de belle-fille envers les membres de la famille demeurés au pays qu'il faut soutenir à distance.

Femmes en couple, mariées avec un immigré de même provenance ou avec un Suisse, elles sont parfois épaulées par leur conjoint, parfois pas. Femmes séparées, divorcées ou veuves en charge d'une famille monoparentale, elles ont à assumer seules l'éducation des enfants. Les pauses maternité signifient, pour la plupart d'entre elles, une prolongation de la rupture de carrière professionnelle causée par la migration. La cessation de leur activité rémunérée, les nouvelles bouches à nourrir viennent grevé un budget déjà souvent étriqué. L'investissement nécessaire en énergie, en temps et en argent que représente le processus de requalification leur est momentanément impossible. Celles qui, en plus travaillent, à temps partiel, parfois à plein temps, ne trouvent pas l'opportunité de s'adonner à une procédure de reconnaissance de titre. Nos informatrices nous le disent, il faut attendre que les enfants aient grandi, que le réseau familial soit solidifié, que des économies aient pu être constituées.

« Moi, je travaille à 100 %. Il y a des jours où j'ai qu'un jour de congé par contre j'ai ma sœur qui habite avec moi qui m'aide pas mal. Mais avant, que j'avais pas ma sœur, je devais payer pour que quelqu'un garde mon fils, pour l'emmener à l'école et, ça fait pas longtemps que ma sœur elle est là, et comme ça je peux, je peux concilier les deux, travail, maison. J'arrive quand même à faire mes choses, malgré la fatigue. C'est pas facile. » (GE, Abella)

« Si on arrive jeune à peut-être 25-30 ans on arrive à s'en sortir, je pense. On peut toujours se battre. Mais si on arrive déjà à 35 ans avec des enfants (...) C'est difficile. Mais je sais qu'on peut y arriver. A partir du moment que j'ai eu mon permis B donc je pouvais faire l'école mais le problème c'est que j'avais les enfants, j'avais tout ça, mon mari ne pouvait pas travailler tout seul pour nous nourrir, nous... il n'avait pas les moyens de le faire. » (VS, Mia)

« Après j'ai connu mon mari, il est valaisan alors il a fait tout pour que, au fait je parlais pas un mot français, ça alors il m'a aidé beaucoup, après il m'a inscrit à l'école et on s'est marié, il a fait toutes les démarches pour que je reste ici légalement. Je continue l'école parce que je parle pas assez bien le français, mais je me débrouille pas mal. Et alors j'ai envoyé tous les papiers à la Croix-Rouge pour faire valider mes diplômes, en fait je pensais que ça vaut rien. (VS, Joséphine)

« Mes problèmes privés ont alors commencé et je n'avais plus la force pour tout faire. Je pense que c'est maintenant le moment juste pour le faire (la reconnaissance de son titre). Les enfants sont déjà assez indépendants, et je veux faire quelque chose. Je ne me sens pas à l'aise comme ça... J'ai 41 ans, j'aurai vite 50 ans – et je suis toujours auxiliaire de santé. Si je n'avais pas fait d'écoles, tout serait okay. Mais j'ai fait des écoles et j'avais l'intention d'étudier. » (SG, Valbona)

Des questions qui remontent du terrain restent ouvertes et mériteront d'être creusées. La socialisation des filles, la construction de la féminité dans certaines régions et dans certains milieux, rendrait-elle des infirmières étrangères moins aptes à défendre leurs droits, et partant moins prêtes à interagir avec les services administratifs chargés d'organiser la procédure de reconnaissance des titres ? C'est ce que pense une infirmière-cheffe que nous avons interrogée.

« Je suis surtout en contact avec des femmes provenant d'Inde ou de l'ex-Yougoslavie. Elles viennent de pays dans lesquels les femmes ont un autre statut, où on est content quand les femmes sont plus ou

moins tranquilles, où les femmes n'ont souvent même pas le droit de se mettre en contact avec des services administratifs ou de négocier avec eux, et ici elles doivent tout à coup se mettre en contact avec des services officiels et négocier quelque chose. Ca rend la chose très difficile.» (Infirmière-cheffe à Uznach)

La trajectoire sans à-coups de Damir serait-elle typique des parcours de requalification et d'insertion professionnelle masculins ? Aucun compromis, aucune concession envers sa vie familiale n'a été nécessaire. Une fois son diplôme d'infirmier obtenu à Belgrade, il enchaîne avec des études de médecine pendant presque quatre années. Il fuit son pays en guerre en 1999 pour rejoindre sa sœur en Suisse. Il décroche, dès son arrivée, un poste de stagiaire dans un EMS et suit des cours intensifs d'allemand. Le même établissement l'engage comme auxiliaire de santé et l'encourage à faire valider son cursus. Damir arrive au bout des mesures compensatoires et obtient la reconnaissance de son diplôme en 2003. Il est rapidement promu chef d'un service en crise et reçoit, coup sur coup, quatre offres d'autres institutions qui désirent s'attacher sa collaboration. N'oublions cependant pas que Damir est pourvu d'un capital éducatif hors normes et que comme Flora, à laquelle nous avons réservé un encadré, il est jeune et célibataire.

Aussi pénible soit-elle à accomplir, une procédure de reconnaissance du titre étranger d'infirmière existe bel et bien dans notre système de santé. Elle est une opportunité à saisir. Nos interlocutrices en sont conscientes et nous l'ont clairement fait savoir. Leur envie de redevenir infirmière ressort avec une telle évidence de nos entrevues qu'il nous paraît indispensable d'en imaginer les raisons profondes. La dimension salariale est naturellement à prendre en compte, inutile d'insister sur ce point. C'est cependant à un niveau principalement identitaire que semble se jouer la détermination des requérantes. L'identité professionnelle d'infirmière jouit d'une image ouvertement positive dans les esprits de nos interlocutrices. Leurs récits autobiographiques nous font découvrir que la plupart de ces femmes aspiraient à apprendre ce métier. Ils nous permettent de comprendre qu'il leur a fallu une bonne dose de persévérance pour aller au bout de leur formation. S'étant données les moyens de réaliser leur désir dans leur pays d'origine, elles ne sont à l'évidence pas prêtes à renoncer à leurs ambitions premières. Plus ou moins bien acceptée, la procédure est considérée comme l'effort à consentir pour regagner le statut, valorisant à leurs yeux, qu'elles souhaitent occuper en Suisse.

De l'ordre du *care*, les tâches qu'elles effectuent en tant qu'auxiliaires sont décrites comme à la portée de chacun. Sans pour autant les dénigrer dans leur discours, elles les vivent comme une phase de transition, voire comme une « erreur de casting », qui résulte de la migration.

« Quand je travaillais comme auxiliaire, je n'ai rien pu faire en tant qu'infirmière diplômée. J'ai toujours dû travailler en tant qu'auxiliaire. Même s'il est arrivé que je fasse moi-même la proposition, de faire quelque chose. Je voulais tout simplement être de nouveau dedans, faire de nouveau une piqûre. (...) Sans même exiger d'être payée plus ou autre chose. C'était simplement pour moi-même, mais ceci ne m'a jamais été permis. Alors, j'ai pensé que maintenant je devais faire quelque chose, faire reconnaître mon titre. » (SG, Vera)

Retrouver le statut d'infirmière revient dès lors à se recatégoriser dans l'univers des soins techniques et sophistiqués qui constituent l'apanage de l'identité professionnelle, en d'autres termes à se voir reconnue à sa juste place dans la hiérarchie en renouant avec le monde des soins. Tout se passe comme si l'accomplissement de la procédure d'homologation, considérée à la lumière des rites de passage ou plus précisément des rites d'institution formalisés par Bourdieu (1982), sanctionnait, *in fine*, la réussite de leur parcours de migrantes hautement qualifiées. Ce point ne les distingue en rien de leurs homologues masculins. Et pourquoi pas, comme nous ont avoué l'envisager plusieurs d'entre elles, quitter plus tard le monde des soins de longue durée pour se diriger vers les soins aigus.

Marijana: la maternité retarde la requalification

Née en 1982, Marijana grandit avec sa mère et ses deux sœurs en Serbie. Son père travaille et vit en Suisse et ne rentre que pour des vacances. Marijana fait sa formation d'infirmière en pédiatrie en Serbie. Grâce au permis C de son père, elle peut séjourner en Suisse pendant la guerre du Kosovo de 1999 avec sa mère et ses sœurs. Elle rentre seule au pays pour terminer sa formation et faire les stages nécessaires. Une fois le diplôme obtenu, elle rejoint à nouveau sa famille en Suisse, suit des cours d'allemand et travaille pendant une année en usine. Elle se marie avec un compatriote qui a grandi en Suisse. Peu après, le couple a un premier, puis un second enfant. Grâce à sa belle-mère qui s'occupe de ses petits-enfants en son absence, Marijana travaille pendant deux ans comme ouvrière dans une usine. Une collègue serbe, institutrice de formation qui travaille comme auxiliaire de santé dans un EMS, la rend attentive à la possibilité de travailler dans son établissement. Marijana est tout de suite engagée comme auxiliaire de santé. Trois ans plus tard, elle occupe toujours le même poste. Elle travaille à 60% et gagne 2'300.- par mois. L'infirmière-chef de l'EMS, au courant de sa formation d'infirmière, l'encourage à entamer la procédure de reconnaissance auprès de la CRS. La jeune mère juge la charge qu'impliquerait cette démarche trop lourde, en dépit de l'aide que lui apporte sa belle-mère et du soutien moral de son mari. Elle estime ne pas disposer d'assez de temps et d'énergie pour se consacrer aux mesures compensatoires de requalification qui s'ajouteraient à ses obligations de mère de famille. Marijana a cependant la ferme intention de faire reconnaître son diplôme dans quelques années. Elle se dit contrariée de ne pas pouvoir faire ce qu'elle sait faire.

7 Conclusion

Notre chassé-croisé entre les données chiffrées et les discours tenus par nos informateurs nous permet d'ouvrir des pistes de compréhension et de fournir des éléments de réponses aux questions ayant donné lieu à ce mandat de recherche. Nos enquêtes concernant les immigrés qui participent au cours d'auxiliaire de santé auprès des antennes genevoise, saint-galloise et valaisanne de la CR nous orientent vers la conclusion qu'assez rares sont les personnes qui suivent ce cursus alors qu'elles sont en possession d'un titre plus élevé dans le domaine de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires-infirmières, aides-infirmières, aides-soignantes) acquis dans leur pays de provenance. Ces cours accueillent un nombre plus significatif de migrants au bénéfice d'une formation de niveau tertiaire, dans un autre domaine que la santé, effectuée dans le pays d'origine. Les premiers cas, relevant d'une situation de *brain waste* « au sens strict », comme les seconds, concernant un phénomène de *brain waste* que nous avons baptisé « au sens large », nous informent donc sur l'existence d'un gaspillage de potentiel repérable dans les cours d'auxiliaire qui sont dispensés par la CRS. Cette formation semble à l'évidence être considérée comme une voie praticable vers le marché du travail helvétique par des migrants dotés de qualifications professionnelles. Ces observations se trouvent confirmées par nos enquêtes ethnographiques dans les EMS et les CMS. Celles-ci ont permis d'identifier, sans beaucoup de peine, des cas d'infirmières diplômées ou d'aides-soignantes certifiées de leur pays de provenance qui étaient employées au rang de personnel auxiliaire, tout comme des titulaires de titre dans le domaine des soins ne connaissant pas d'équivalence dans notre système de santé ou des migrants pourvus d'une qualification de niveau tertiaire dans un autre secteur que les soins. Seuls certains d'entre eux étaient passés par le cours d'auxiliaire CRS, constat qui prouve qu'il ne s'agit pas là d'une nécessité, mais uniquement d'un moyen²⁴. La présence d'immigrés employés au rang de personnel auxiliaire en situation de *brain waste* est donc étayée autant par notre exploration des participants au cours d'auxiliaire CR que par notre ciblage sur les cas probants qui ressortent de notre enquête dans les EMS et les CMS. S'agissant de mettre en évidence des exemples significatifs au moyen d'une démarche qualitative, notre recherche n'avait pas pour objectif d'estimer le nombre ou la proportion d'auxiliaires de santé migrants soumis au phénomène du *brain waste* dans les trois cantons étudiés. Ce point resterait par conséquent à documenter.

L'analyse des données statistiques concernant la reconnaissance des diplômes étrangers d'infirmière fournies par la CRS à Wabern nous fait avancer dans la même direction. Un nombre significatif d'abandons est enregistré pendant la procédure d'homologation. Rien ne permet bien sûr de postuler que ceux qui renoncent en cours de route se trouvent dans une situation de *brain waste*. Toujours est-il que ces abandons témoignent d'une perte de potentiel. Les raisons qui poussent les personnes à quitter la procédure n'étant pas documentées par la CRS, il n'est dès lors possible de se risquer qu'à des supputations sur la base des observations spontanées des expertes chargées d'évaluer les diplômes. Une étude circonstanciée mériterait évidemment de venir approfondir ces extrapolations.

La démarche qualitative adoptée dans cette recherche fait entendre une constellation de points de vue. Elle convoque la parole d'une série d'acteurs invisibles (auxiliaires migrants, expertes de la CRS à Wabern, formatrices CR, employeurs, infirmiers-chefs) directement ou indirectement concernés par la problématique traitée dans ce rapport. Les propos des auxiliaires immigrés en situation de *brain waste* nous renseignent, quant à eux, explicitement sur les raisons qui conditionnent leur repli sur ce statut. Il y est fait état de difficultés rencontrées, d'obstacles à surmonter. Les achoppements les plus saillants qui ressortent du discours de nos interlocuteurs migrants ne sont pas propres à la situation qui prévaut en Suisse. Les connaissances linguistiques insuffisantes, les difficultés d'apprentissage des langues pratiquées localement, les barrières administratives, les coûts, directs et indirects engendrés par les parcours de (re)qualification constituent des freins pour les deux sexes. On ne se

²⁴ Nos entretiens avec les employeurs d'institutions médico-sociales nous ont pourtant convaincus que les rares établissements qui ne réclament pas l'attestation du cours d'auxiliaire CRS comme condition minimale de recrutement exigent ensuite que leurs employés, sans qualification dans le domaine des soins, suivent ce cours.

hasardera toutefois pas à soutenir que le facteur genre ne joue aucun rôle. Des problèmes propres à l'identité féminine, liés au fait d'être migrante, combinés à celui d'être originaire d'un pays tiers à faible revenu, semblent en effet pouvoir s'additionner de manière délétère.

Nos entretiens approfondis avec nos interlocuteurs migrants nous ont convaincus de la motivation qui existe parmi le personnel auxiliaire en situation de *brain waste* de saisir les opportunités qui se présentent de progresser au sein des professions de la santé. La position d'auxiliaire est typiquement vécue comme transitoire, certains déclarant craindre de s'y enliser. On envisage de se donner les moyens d'avancer lorsque les circonstances le permettront. Les possibilités de re(qualification) sont valorisées. Elles suscitent l'intérêt de nos informateurs et la mobilisation d'un bon nombre d'entre eux. Aussi contraignantes soient-elles, les procédures de reconnaissance des titres étrangers sont, à cet égard, conçues comme des opportunités à saisir. Les requérants admettent du reste volontiers leur bien-fondé.

La bonne volonté ne suffit pas pour parvenir à s'extraire du *brain waste*. Les problèmes ont tendance à s'additionner et à se combiner. L'influence de tel ou tel facteur est souvent difficile à isoler. Les individus sont pourtant ni tous confrontés aux mêmes difficultés ni avec une même acuité à celles-ci. Comme le montrent nos profils emblématiques, les uns cumulent plus de ressources, d'autres plus de désavantages, ces situations pouvant varier au cours du temps. Ce constat milite en faveur d'une recherche de solutions qui prennent en considération l'hétérogénéité des situations individuelles se traduisant par le phénomène du *brain waste* dans les professions de soins. Une valorisation de ce potentiel, via une offre en parcours de (re)qualification différenciée, pourraient sans doute également conduire à fidéliser au domaine des soins une population à tendance volatile.

Ces indications devraient inciter nos autorités sanitaires à considérer que la mise en place de mesures de requalification appropriées aux auxiliaires migrants en situation de *brain waste* parviendrait à combler une partie du déficit en personnel de santé qui s'annonce. Elles devraient les encourager à agir plus fermement dans ce sens. Les causes du *brain waste*, synonyme, on l'a vu, de déqualification pour les personnes concernées mais aussi de gaspillage du potentiel pour les sociétés qui accueillent les immigrés, réclament la recherche de solutions dans une logique qu'il est opportun de qualifier de gagnant-gagnant. Il convient en conséquence de raisonner en termes d'utilisation d'un potentiel de connaissances et de savoir-faire et de renforcement de dispositions en friche dans le double intérêt des individus concernés et du pays dont ils sont devenus citoyens. C'est dans une telle optique que les recommandations qui suivent sont formulées.

8 Recommandations

La recherche de solutions implique de :

- Optimiser la diffusion de l'information concernant les possibilités de se (re)qualifier auprès des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste*, de leurs formateurs CR et de leurs employeurs
- Améliorer la compréhension des cursus de (re)qualification existant
- Améliorer le dispositif de soutien à la compréhension du fonctionnement des procédures de reconnaissance des titres étrangers dans les soins
- Adapter les exigences administratives de la CRS concernant la constitution d'un dossier de candidature à la procédure d'homologation d'un titre étranger aux difficultés concrètes rencontrées par les requérants, notamment ceux en provenance des Etats tiers à faible gouvernance
- Mettre sur pied des parcours de (re)qualification qui tiennent mieux compte de l'hétérogénéité des trajectoires de formation des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste* au sens strict
- Mettre sur pied des parcours de (re)qualification ciblés qui prennent en considération les ressources éducatives des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste* au sens large
- Aider les auxiliaires migrants en situation de *brain waste* à effectuer un cursus de (re)qualification par des encouragements financiers
- Aider les candidats à la reconnaissance d'un titre étranger dans le domaine des soins à accomplir les mesures de compensation qui leur ont été signifiées par des stages rémunérés et des subsides pour les formations supplémentaires
- Inciter les employeurs à rémunérer les stagiaires en phase de (re)qualification. Le cas échéant, faire bénéficier les institutions qui proposent de tels stages de subventions
- Renforcer le dispositif d'accompagnement des auxiliaires de santé migrants en situation de *brain waste* durant l'accomplissement de leur cursus de (re)qualification
- Prendre en considération les problèmes spécifiques des personnes issues des Etats tiers émergents et en développement
- Prendre en considération les problèmes spécifiques au facteur genre
- Prendre en compte les difficultés propres à chaque migrant d'apprendre la (les) langue(s) de la région d'accueil
- Mettre en place des cours subventionnés, adaptés à cette population hétérogène sur le plan linguistique, qui soient orientés sur les aptitudes communicatives et sur les besoins langagiers utiles aux métiers des soins.

9 Bibliographie²⁵

Références thématiques

- ALLAN H. et J.A. LARSEN : 2003. *We Need Respect: Experiences of Internationally Recruited Nurses in the UK*. Royal College of Nursing.
- ANDERSON Bridget : 2000. *Doing the Dirty Work? The Global Politics of Domestic Labour*. Londres: Zed Books.
- ANSEREMET Claire : 2011. *Le travail d'aide-soignante en EMS, des luttes quotidiennes. Les actes de transgression des normes dominantes, entre tactiques et stratégies*. Lausanne : HES-SO. Mémoire de master en travail social.
- ARBORIO Anne-Marie : 2001. *Un personnel invisible: Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris: Economica.
- AVRIL Christelle : 2007. *S'approprier son travail au bas du salariat. Les Aides à domicile pour personnes âgées*. (Thèse EHESS, Paris).
- BENDER Philippe : 2011. *Formation des professions non médicales de la santé : chronique et enjeux d'une mutation 1976-2006*. Berne: CRS.
- BERTHOUD Frédéric et Estelle PAPAUX : 2005. "La reconnaissance des diplômés entre la Suisse et l'UE". *La Vie économique. Revue de politique économique*, 6: 43-46.
- BLYTHE J., A. BAUMANN, A. RHEAUME et K. McINTOSH : 2009. "Nurse Migration to Canada: Pathways and Pitfalls of Workforce Integration", *Journal of Transcultural Nursing*, 20(2): 202-210.
- BOURDIEU Pierre : 1983. "Les rites comme actes d'institution", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 43 : 58-63.
- BUCHAN James : 2008. *Comment maîtriser les migrations des professionnels de santé de façon à réduire leurs effets néfastes sur l'offre de services?* Copenhague: OMS, Bureau régional de l'Europe.
- BUCHAN J., M. KINGMAN et M.F. LORENZO : 2005. "International Migration of Nurses: Trends and Policy Implications", *The Global Nursing Review initiative* (5).
- BÜLENT Kaya, Martina KAMM et Alexis GABADINHO : 2007. *Ressources du personnel migrant : quelle importance dans le domaine de la santé? Une recherche-action*. Neuchâtel: Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population.
- CAILLE Alain : 2007. "Introduction", in: Alain CAILLE et al. (éds), *La quête de reconnaissance : nouveau phénomène social total*, p. 5-14. Paris: La Découverte/ M.A.U.S.S.
<http://www.revuedumauss.com.fr/media/REC.PDF> (Consulté le 16.5.2010)
- CAILLE Alain et al. (éds) : 2007. *La quête de reconnaissance : nouveau phénomène social total*. Paris: La Découverte/ M.A.U.S.S.
- CAILLE Alain et Christian LAZZERI (éds) : 2009. *La reconnaissance aujourd'hui*. Paris: CNRS.
- CHICHA Marie-Thérèse et Eva DERAEDT : 2009. *Genre, migration et déqualification : des trajectoires contrastées. Etude de cas de travailleuses migrantes à Genève*. Cahiers de migrations internationales no. 97, Genève: Bureau international du travail. Secteur de la protection sociale.
<http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp97f.pdf> (Consulté le 16.5.2010)
- CRESSON Geneviève : 1995. *Le Travail domestique de santé*. Paris : L'Harmattan.
- CROIX-ROUGE SUISSE : 2009. *Cours auxiliaire de santé CRS : 50 ans d'histoire*. Résumé d'une étude de Philippe Bender, Service de la Communication, CRS.
<http://www.redcross.ch/activities/social/news/news-fr.php?newsid=1072> (Consulté le 31.5.2010)

²⁵ La bibliographie contient non seulement les titres que nous avons cités, mais tous ceux qui constituent l'arrière-fond direct de notre réflexion sur ce mandat. Elle constitue ainsi également un outil de référence pour le lecteur.

- DALLERA Corinne et Véronique DUCRET : 2004. *Migration féminine, au-delà des stéréotypes*. Carouge : Le deuxième observatoire. <http://www.2e-observatoire.com/downloads/livres/brochure10.pdf> (Consulté le 5.6.2010)
- DOLDER Peter et Annette GRÜNIG: 2009. *Rapport national sur les besoins en effectifs dans les professions de santé 2009. Besoins en personnel et mesures visant à garantir des effectifs suffisants au plan national. Un projet de la CDS et de l'OdASanté*. Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- DZVIMBO Kuzvinetsa Peter : 2003. *La migration internationale du capital humain qualifié des pays en développement*. Banque Mondiale (Département des Ressources humaines).
- ENGLMANN B. et M. MÜLLER : 2007. *Brain Waste. Die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland*. Augsburg: Tür an Tür - Integrationsprojekte GmbH.
- GAILLARD Jacques et Jean-Baptiste MEYER : 1996. "Le brain drain revisité : de l'exode au réseau", in: Roland WAAST et Jacques GAILLARD (éds), *Coopérations scientifiques internationales*, p. 331-347. Paris: ORSTOM. http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/carton07/010008946.pdf (Consulté le 14.5.2010)
- GUISSE Ibrahima : 2010. *Migrations étudiantes africaines en Suisse : de la formation à l'insertion professionnelle. Les conditions d'une circularité migratoire*. Thèse de doctorat, Faculté des sciences économiques et sociales, Université de Genève.
- HAUG Werner : 2006. *Les migrants et leurs descendants sur le marché du travail: vue d'ensemble*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique. [Démos, bulletin d'information démographique, 2/2006].
- HAUG Werner et Philippe WANNER (éds) : 2005. *Migrants et marché du travail. Compétences et insertion professionnelle des personnes d'origine étrangère en Suisse*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.
- HAWTHORNE L.: 2001. "The Globalisation of the Nursing Workforce: Barriers Confronting Overseas Qualified Nurses in Australia", *Nursing Inquiry*, 8(4): 213-229.
- HONNETH Axel : 2000. *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Cerf.
- HONNETH Axel : 2008. *La société du mépris : vers une nouvelle théorie critique*. Paris : La Découverte.
- HOWE A. L.: 2009. "Migrant Care Workers or Migrant Working in Long-Term Care? A Review of Australian Experience", *Journal of Aging & Social Policy*, 21(4): 374-392.
- HUBER Kathrin et Ewa MARIETHOZ: 2010. *Recherche qualitative sur le personnel de santé étranger en Suisse et sur son recrutement*. Berne: Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé. http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Publikationen/Berichte/BT_Bericht_GDK_MigrationGesundheitspersonal_201011_f.pdf (Consulté le 16.5.2010)
- IONESCO Dina, Ibrahima Amadou DIA et Ibrahima GUISSÉ: 2009. *Le potentiel de développement des migrants transnationaux d'Afrique subsaharienne, dans le secteur de la santé à Genève*. OIM.
- JACCARD RUEDIN Hélène et France WEAVER: 2009. *Ageing Workforce in an Ageing Society. Combien de professionnels de santé seront nécessaires en Suisse d'ici 2030 ?* in: Careum working paper 1. Zürich: Careum.
- JACCARD RUEDIN Hélène, France WEAVER, Maik ROTH et Marcel WIDMER: 2009. *Personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et perspectives d'ici 2020* (Document de travail 35). Neuchâtel: Obsan.
- JACCARD RUEDIN Hélène et Marcel WIDMER : 2010. *L'immigration du personnel de santé vers la Suisse* (Obsan Rapport 39). Neuchâtel: Obsan.
- KEELEY B.: 2009. *OECD Insights: Internationale Migration. Die menschliche Seite der Globalisierung*. Editions OCDE.
- KINGMA M.: 2007. "Nurses on the Move: a Global Overview", *Health Services Research*, 42: 1281-1298.

- KLEINER Myriam et Catherine MOSER : 2011. *Promouvoir la diversité culturelle, prévenir la discrimination raciale. Guide pratique à l'usage des cadres dirigeants et du personnel des institutions du système de santé*. Wabern: CRS.
http://www.migesplus.ch/uploads/tx_srpkpdf/files/PDF_F.pdf (Consulté le 5.6.2010)
- KOFMAN E. et OP. RAGHURAM : 2009. "Arbeitsmigration qualifizierter Frauen", *Focus Migration*, 13 (avril).
- KOLAWOLE B.: 2009. "Ontario's Internationally Educated Nurses and Waste in Human Capital", *International Nursing Review*, 56(2): 184-190.
- KÖNIG M., D. BOSSHART, S. SIGRIST, D. BÜTLER, N. BILLER-ANDORNO et G. FOLKERS: 2007. *Grenzen aufheben – Thesen zur Zukunft der Ausbildung für Gesundheitsberufe. Aus Anlass des 125-jährigen Jubiläums der Stiftung Careum*. Zürich: Stiftung Careum.
- LAZZERI Christian et al. (éds) : 2009. *Reconnaissance, identité et intégration sociale*. Paris: Presses universitaires de Paris Ouest.
- LIEBIG T. et al. : "L'intégration des immigrés et de leurs enfants sur le marché du travail en Suisse", Documents de travail de l'OCDE sur les affaires sociales, l'emploi et les migrations, No 128, Editions de l'OCDE.
- LOWELL B. Lindsay et Allan FINDLAY: 2002. *L'émigration de personnes hautement qualifiées de pays en développement : impact et réponses politiques. Rapport de synthèse* (Cahiers de migrations internationales 44 F), Genève: Bureau international du travail.
<http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/imp/imp44f.pdf> (Consulté le 31.5.2010)
- MATTOO Aaditya, Ileana Cristina NEAGU et Çağlar ÖZDEN : 2005. *Brain Waste? Educated Immigrants in the U.S. Labor Market*. The World Bank.
- MERCAY Clémence : 2006. *L'immigration des infirmières en Suisse. Le recrutement dans le milieu hospitalier de 1970 à nos jours*. Neuchâtel : Institut de géographie, Université de Neuchâtel.
http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,41,4,20061113110739-FC/memoire_MercayC.pdf (Consulté le 16.5.2010)
- MOLINIER Pascale, Sandra LAUGIER et Patricia PAPERMAN : 2009. *Qu'est-ce que le "care"? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris: Payot & Rivages.
- OCDE : 2004. *La mobilité internationale des professionnels de la santé: évaluation : Evaluation et enjeux à partir du cas sud-africain*. Paris : Editions OCDE.
- OCDE : 2007. *Fuite des cerveaux dans le secteur de la santé: mythes et réalité*. Paris : Editions OCDE.
- OCDE : 2007. *Perspectives des migrations internationales. Partie III: Les personnels de santé immigrés dans les pays de l'OCDE dans le contexte général des migrations de travailleurs hautement qualifiés*. Paris: OCDE.
- OCDE : 2008. *Les personnels de santé dans les pays de l'OCDE Comment répondre à la crise imminente?* Paris: OCDE.
- OIT: 2005. *Migration of Health Workers: Country Case Study Philippines*. Genève: Institute of Health Policy and Development Studies.
- OIT: 2006. *Orientation to Social Dialogue for Countries Participating in the Action Programme on International Migration of Health Care Workers: the Supply Side*. Genève.
- OMS : 2007. *Rapport sur la migration dans le monde 2007- Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXIème siècle*. Genève : OMS.
- ÖZDEN Çağlar et Maurice SCHIFF (éds) : 2006. *International Migration, Remittances and the Brain Drain*. Washington: World Bank; Palgrave Macmillan.
- PALESE A., E. CRISTEA, M. MESAGLIO et E. STEMPOVSCAIA: 2010. "Italian-Moldovan International Nurse Migration: Rendering Visible the Loss of Human Capital", *International Nursing Review*, 57(1): 64-69.

- PANG T., M. LONSANG et A. HAINES : 2002. "Brain Drain and Health Professionals. A Global Problem Needs Global Solution", *British Medical Journal*, 342(2).
- PECORARO Marco : 2005. "Les migrants hautement qualifiés", in: Werner HAUG et Philippe WANNER (éds), *Migrants et marché du travail. Compétences et insertion professionnelle des personnes d'origine étrangère en Suisse*, p. 71-110. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- PECORARO Marco : 2006. "La suréducation parmi les migrants hautement qualifiés en Suisse : phénomène d'encombrement ?" in: Actes du colloque de l'AIDELF, *Population et travail. Dynamique démographique et travail (Université de Aivero, Portugal, Septembre 2006)*, p. 823-840. Erudit (revue électronique). <http://edudoc.ch/record/4086/files/zu07057.pdf> (Consulté le 5.6.2010)
- PECORARO Marco: 2010. Gender, brain waste and job-education mismatch among migrant workers in Switzerland, Genève: ILO.
- PNUD : 2009. *Rapport mondial sur le développement mondial. Lever les barrières: Mobilité et développement humains*.
- SALOMON Victoriya : 2010. "Si t'as pas de diplôme valable en Suisse, t'es bonne à faire le ménage et c'est tout..." *Enjeux et stratégies d'accès au marché du travail suisse des femmes migrantes d'origine russe et ukrainienne diplômées du niveau supérieur*. Mémoire de master en sciences humaines et sociales. Orientation Migration et citoyenneté. Neuchâtel : Forum suisse pour l'étude des migrations et de la population, Université de Neuchâtel. http://doc.rero.ch/lm.php?url=1000,41,4,20101123145058-DQ/V_Salomon_m_moire_publ.pdf (Consulté le 15.1.2011)
- SALT John : 1997. "Les migrations de travailleurs hautement qualifiés". Paris : OCDE. Direction de l'éducation, du travail et des affaires sociales. Unité des migrations internationales. Document hors série No 3. [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD\(97\)169&docLanguage=Fr](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=OCDE/GD(97)169&docLanguage=Fr) (Consulté le 16.5.2010)
- SCHILLIGER Sarah: 2009. "Hauspflege: Aktuelle Tendenzen in der Entstehung eines globalisierten, deregulierten Arbeitsmarktes im Privathaushalt von Pflegebedürftigen", *Olympe - feministische Arbeitshefte zur Politik*, 30: 120-126.
- SCHILLIGER Sarah: 2009. "Who cares? Care-Arbeit im neoliberalen Geschlechterregime", *Widerspruch*, 56: 93-106.
- SORDAT FORNEROD Delphine, Jean-Daniel BIELER et Clémence MERCAY : 2010. "Les migrations internationales du personnel de santé en Suisse. Etat des lieux et pistes de réflexion". Berne: Département fédéral de l'intérieur DFI et Département fédéral des affaires étrangères DFAE. http://www.deza.admin.ch/ressources/ressource_fr_196501.pdf (Consulté le 16.5.10)
- STILWELL B.: 2004. "Managing Brain Drain and Brain Waste of Health Workers in Nigeria", *Bulletin of the World Health Organization*, 82: 595-600.
- STILWELL B., K. DIALLO, P. ZURN, M. VUJICIC, O. ADAMS et M. DAL POZ: 2004. "Migration of Health-Care Workers from Developing Countries. Strategic Approaches to its Management", *Bulletin of the World Health Organization*, 82(8): 595-600.
- VEER A. DE, D.-J. DEN OUDEN et A. FRANCKE : 2004. "Experiences of Foreign European Nurses in The Netherlands", *Health Policy*, 68(1): 55-61.
- VOIX D'EXILS : 2004-2009. *Voix d'exils : trimestriel romand d'information sur l'asile*. Genève ; Renens : Hospice général, Aide aux requérants d'asile (ARA) ; Fondation vaudoise pour l'accueil des requérants d'asile (FAREAS). <http://voixdexils.ch> (Consulté le 14.5.2010)
- VON AARBURG Hans-Peter et Sarah GRETTLER : 2008. KOSOVA-SCHWEIZ. Die albanische Arbeits- und Asylmigration zwischen Kosovo und der Schweiz (1964-2000). Münster/Wien/ Zürich: LIT Verlag.
- WANDELER Elsbeth: 2008. Ausländisches Pflegepersonal - Chancen und Risiken. Referat an der SGGP-Tagung vom 6. Mai 2008. http://www.pflegesearch.ch/files/uploads/Wandeler_text.pdf (Consulté le 7.6.2010)

- WISKOW Christiane: 2006. *Health Worker Migration Flows in Europe: Overview and Case Studies in Selected CEE Countries - Romania, Czech Republic, Serbia and Croatia*. Genève: ILO.
- WYSS Kaspar et Svenja WEISS: 2010. *Swiss Contributions to Human Resources for Health Development in Low- and Middle-Income Countries*. Basel: Schweizerisches Tropen- and Public Health Institut.

Références méthodologiques

- ALBER Jean-Luc et Bernard PY : 1986. "Vers un modèle de la communication interculturelle : interparole, coopération et conversation", *Etudes de linguistique appliquée*, 61 : 78-91.
- BASZANGER Isabelle : 1992. "Introduction : les chantiers d'un interactionniste américain", in: Anselm L. STRAUSS (éd.), *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, p. 11-63. Paris : L'Harmattan.
- BECKER Howard S. : 2002. *Les ficelles du métier : comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris: La Découverte.
- BRYANT Antony et Kathy CHARMAZ (éds): 2008. *The Sage Handbook of Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA :Sage.
- CEFAÏ Daniel: 2003. *L'enquête de terrain*. Paris: La Découverte.
- CEFAÏ Daniel : 2003. "L'enquête de terrain en sciences sociales", in: Daniel CEFAÏ (éd.), *L'enquête de terrain*, p. 467-615. Paris: La Découverte.
- CEFAÏ Daniel : 2003. "La renaissance des méthodes qualitatives en sociologie : présentation", in: Daniel CEFAÏ (éd.), *L'enquête de terrain*, p. 309-339. Paris: La Découverte.
- CHARMAZ Kathy: 2002. "Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis", in : Jaber F. GUBRIM et James HOLSTEIN (eds.), *Handbook of Interview Research. Context & Method*. p.675-694. Thousand Oaks, CA : Sage.
- EMERSON Robert : 2003. "Le travail de terrain comme activité d'observation. Perspectives ethnométhodologistes et interactionnistes", in: Daniel CEFAÏ (éd.), *L'enquête de terrain*, p. 398-424. Paris: La Découverte.
- GLASER Barney G. et Anselm L. STRAUSS : 1967. *The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research*. Chicago : Aldine.
- GLASER Barney G. et Anselm L. STRAUSS : 2009. *Découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*. Paris: Armand Colin.
- GUILLEMETTE François : 2006. "L'approche de la *Grounded Theory*; pour innover?" *Recherches qualitatives*, 26(1) : 32-50.
- KAUFMANN Jean-Claude : 2008. *L'entretien compréhensif*. Paris: Armand Colin.
- LAPERRIERE Anne : 1997. "La théorisation ancrée (Grounded Theory) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées", in : Jean POUPART et al. (éds), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, p. 309-339. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre : 2008. *La rigueur du qualitatif : les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant.
- PAILLE Pierre : 2009. "Introduction. Une "enquête de théorisation ancrée" : les racines et les innovations de l'approche méthodologique de Glaser et Strauss", in: Barney G. GLASER et Anselm L. STRAUSS (éds), *Découverte de la théorie ancrée : stratégies pour la recherche qualitative*, p. 23-77. Paris: Armand Colin.
- PAILLE Pierre et Alex MUCCHIELLI : 2006. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.

PENEFF Jean : 1990. *La méthode biographique : de l'Ecole de Chicago à l'histoire orale*. Paris: Armand Colin.

STRAUSS Anselm L. : 1992. *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris: L'Harmattan.

STRAUSS Anselm L. et Juliet CORBIN : 2003. "L'analyse de données selon la grounded theory. Procédures de codage et critères d'évaluation", in: Daniel CEFAÏ (éd.), *L'enquête de terrain*, p. 363-379. Paris: La Découverte.

10 Annexes

Annexe 1 : Liste des acteurs institutionnels interviewés

| Acteurs institutionnels (canton de Genève) | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Nom | Fonction | Institution |
| Madame H. | Responsable du secteur formation et santé | CRS, Genève |
| Monsieur Z. | Infirmier-chef | Résidence Les Pervenches (EMS) |
| Madame N. | Infirmière-cheffe | Résidence Les Châtaigniers (EMS) |
| Madame G. | Infirmière-cheffe | Résidence Butinie (EMS) |
| Madame C. | Secrétaire générale adjointe | Fédération genevoise des établissements médicaux-sociaux (Fegems) |
| Acteurs institutionnels (canton de Saint-Gall) | | |
| Nom | Fonction | Institution |
| Madame | Responsable du secteur formation | CRS, St-Gall |
| Madame | Infirmière-cheffe | Pflegeheim Linth, Uznach (EMS) |
| Monsieur | Infirmier-chef | Alters- und Pflegezentrum Kreuzstift, Schänis (EMS) |
| Monsieur | Infirmier-chef | Pflegezentrum Fürstenau, Wil (EMS) |
| Madame | Infirmière-cheffe | Pflegeheim Eggfeld, Wil, (EMS psychiatrique) |
| Monsieur | Infirmier-chef | Alters- und Pflegeheim Sonnmatt, Niederuzwil (EMS) |
| Madame | Infirmière, Responsable formation | Stiftung Rajovita, Stiftung für Gesundheit und Alter Rapperswil-Jona |
| Madame | Infirmière | Spitex Benken (CMS) |
| Messieurs | Responsables d'une organisation cantonale d'aide à domicile | Pro Senectute du canton de Saint-Gall |
| Acteurs institutionnels (canton du Valais) | | |
| Nom | Fonction | Institution |
| Madame R. | Infirmière et responsable des cours | CRS, Sion |
| Madame B. | Secrétaire générale | AVALEMS |
| Madame U. | Infirmière | CMS, Sierre |
| Madame Z. | Directrice | Glaries (EMS), Sion |
| Monsieur L. | Infirmier-chef | St-Pierre (EMS), Sion |
| Madame M. | Infirmière clinicienne | St-Joseph (EMS), Sierre |
| Acteurs institutionnels (canton de Berne) | | |
| Nom | Fonction | Institution |
| Madame P. | Responsable de la formation professionnelle | CRS, Wabern |
| Madame U. | Experte, Reconnaissance des titres professionnels, Département santé et intégration | CRS, Wabern |
| Madame N. | Responsable, Reconnaissance des titres professionnels, Département santé et intégration | CRS, Wabern |
| Madame T. | Experte, Reconnaissance des titres professionnels, Département santé et intégration | CRS, Wabern |
| Madame F. | Experte, Reconnaissance des titres professionnels, Département santé et intégration | CRS, Wabern |
| Madame B. | Secrétaire de la CI AS CRS | CRS, Berne |

Annexe 2 : Liste des personnes interviewées (par canton)

Canton de Saint-Gall

Valbona, 1969, Macédoine, diplômée d'infirmière. Elle suit son mari en Suisse en 1992. Après une pause maternité, elle travaille en usine. Elle perd son poste. Grâce à l'ORP, elle effectue un stage dans un EMS en 2000. Elle est engagée comme auxiliaire de santé et travaille depuis une dizaine d'années dans cette institution. De graves problèmes familiaux l'empêchent de s'occuper de la procédure de la validation de son diplôme bien qu'elle désire l'entamer. Elle parvient finalement à faire un premier pas en suivant un cours d'allemand au niveau B2. L'EMS n'est pas encore au courant de son projet.

Marijana, 1982, Serbie, diplômée d'infirmière en pédiatrie. Son père vit depuis longtemps en Suisse, sa mère et ses sœurs l'y rejoignent tardivement fuyant la guerre. Marijana s'installe également en Suisse. Elle se marie avec un compatriote et commence à travailler après une pause maternité, d'abord en usine puis, en 1998, dans un EMS comme auxiliaire de santé. Son infirmière-chef, qui sait qu'elle est diplômée, l'encourage à entamer la procédure de validation. Marijana préfère attendre encore quelques années, jusqu'à ce que ses deux enfants aient gagné en autonomie.

Vera, 1970, Bosnie, diplômée d'infirmière en pédiatrie. Elle nourrit le projet de se lancer dans des études de médecine. En 1994, elle visite la Suisse en tant que touriste lorsque la guerre éclate en Bosnie rendant son retour impossible. Attendant de pouvoir rentrer, elle habite chez des parents et travaille comme sommelière. Elle épouse un Italien né en Suisse et obtient le permis B. Elle devient mère, s'occupe de son enfant. Elle trouve un emploi d'auxiliaire de santé dans un EMS en 2003. On lui promet de soutenir la procédure de reconnaissance de son diplôme. Trois années s'écoulent sans que ne se concrétise cet engagement. Elle prend finalement l'initiative et entame la procédure de reconnaissance de son diplôme sans le soutien de son employeur. Elle est plus tard soutenue par une nouvelle direction et par une nouvelle infirmière-chef. Elle obtient la validation de son diplôme suite à l'accomplissement des mesures compensatoires. Vera travaille aujourd'hui comme infirmière diplômée dans la même institution.

Dragica, 1967, Bosnie, diplômée d'infirmière. Son mari travaillait comme saisonnier en Suisse. Elle rencontre de sérieux problèmes pour le rejoindre avec ses enfants et doit passer plusieurs années chez sa belle famille en Allemagne. Une fois le regroupement familial accordé, elle cherche avec difficulté du travail en Suisse. Elle trouve finalement un poste d'auxiliaire de santé dans un EMS. Stimulée par sa collègue Vera (voir ci-dessus) et soutenue par la nouvelle direction de l'EMS qui l'emploie, elle entame assez rapidement la procédure de validation de son diplôme. Sa démarche est couronnée de succès. Dragica travaille actuellement comme infirmière diplômée dans la même institution.

Radmilla, 1974, Serbie, diplômée d'infirmière avec de nombreuses années d'expérience. Son mari, de même origine qu'elle, a grandi en Suisse. Une fois mariée, elle travaille comme auxiliaire de santé dans un EMS. Elle apprend progressivement l'allemand, réussit un examen de niveau B2 puis entame et réussit la procédure de validation de son diplôme. Radmilla travaille aujourd'hui comme infirmière diplômée dans la même institution.

Diana, 1968, Croatie, diplômée de sage-femme au bénéfice de nombreuses années d'expérience en tant qu'infirmière en néonatalogie. Son mari, également croate, a grandi en Suisse. Il occupe une position professionnelle élevée. Le couple vit dans un cadre privilégié. Diana est mère au foyer pendant une quinzaine d'années. En 2009, elle suit le cours d'auxiliaire CR. Elle travaille depuis deux ans en salle d'accouchement dans un hôpital comme auxiliaire de santé. Elle a succédé à une collègue croate, au bénéfice d'une formation identique à la sienne, qui a travaillé pendant huit ans comme auxiliaire de santé sans avoir été en mesure d'améliorer son statut professionnel. Diana, quant à elle, est en train de constituer un dossier qui lui permettra d'entreprendre la procédure de reconnaissance de son diplôme.

Damir, 1977, Serbie, diplôme d'infirmier. Il enchaîne avec des études de médecine pendant trois ans. En 1999, pendant la guerre, il fuit le pays pour rejoindre sa sœur en Suisse. Une fois arrivé, il est rapidement engagé comme stagiaire dans un EMS et suit des cours d'allemand. L'EMS le recrute au statut d'auxiliaire de santé et l'encourage à faire valider son cursus. Damir accomplit les mesures compensatoires qui lui ont été signifiées et obtient la reconnaissance de son diplôme en 2003. Il est promu chef d'un service en crise et aurait, dans l'intervalle, reçu quatre offres pour changer d'institution.

Lydia, 1970, Roumanie, diplôme d'infirmière avec de nombreuses années d'expérience. En 2000, elle est recrutée par une agence allemande à Bucarest et va travailler dans un EMS en Allemagne, ceci sans reconnaissance officielle de son diplôme. En 2002, elle trouve un poste en Suisse. La validation de son diplôme auprès de la CRS s'effectue en quelques mois. Elle souhaiterait travailler dans un hôpital, mais estime qu'il pourrait s'avérer difficile de trouver un emploi.

Julia, 1962, Roumanie, diplôme de médecine générale, sept ans de pratique. Elle quitte son pays en 1995 pour suivre son mari suisse. La procédure de reconnaissance de son diplôme de médecin n'aboutit pas. Julia travaille pendant deux ans comme médecin « sous-assistante », mais ne voit aucune perspective d'évolution de son statut. Elle trouve un poste d'auxiliaire de santé dans un EMS où elle est employée depuis cinq ans. Se plaignant de son cahier des charges et de son salaire, elle se dit résignée. Elle a dû suivre un cours d'auxiliaire CR après son engagement.

Daniel, 1960, Kosovo. Il travaille quelques années sans formation comme « aide-physiothérapeute » dans une clinique au Kosovo. En 1989, il vient en Suisse comme saisonnier et travaille comme manœuvre. Sa famille le rejoint quelques années plus tard. En 2000, il est engagé comme auxiliaire de santé dans un EMS. Il aimerait renouer avec ses expériences d'« aide-physiothérapeute », et surtout pouvoir tirer parti de son savoir-faire de masseur. Ses connaissances limitées en allemand lui rendent pourtant difficile l'accès aux offres de formation continue.

Aurélia, 1960, Philippines, diplôme de sage-femme. Elle épouse un Suisse et quitte son pays. Après une pause maternité, elle commence à travailler à la buanderie d'une institution hospitalière. Elle y reste dix ans, puis fait le cours de la CR pour auxiliaires de santé. Elle est engagée comme telle dans un service de soin de l'institution qui l'emploie. On lui confie rapidement les responsabilités d'une infirmière diplômée. Elle reçoit un salaire qui correspond à cette fonction. La nouvelle direction en charge de l'institution contrôle systématiquement la situation de ses employés. Le cahier des charges et le salaire d'Aurélia sont rétrogradés au niveau du personnel auxiliaire. Déclassée, elle essaie de faire valider son diplôme auprès de la CR, mais il lui manque l'attestation du cours de langue. Elle continue de travailler en tant qu'auxiliaire de santé.

Teresa, 1966, Brésil. Après l'école secondaire, elle suit des cours d'informatique pendant une année. Elle travaille ensuite en usine. Elle épouse un Suisse et quitte son pays. Le couple a deux enfants. Après son divorce, Teresa fait le cours d'auxiliaire CR dans l'idée de devenir indépendante financièrement. Très heureuse d'avoir réussi l'examen final, elle se dit épanouie dans sa position d'auxiliaire dans un EMS.

Lin, 1982, Mongolie. Elle commence des études universitaires de traduction, quitte son pays, demande l'asile en Suisse. Seule, sans formation, sans avoir l'assurance d'obtenir un permis de séjour annuel elle donne naissance à un enfant. Quelques années plus tard, Lin épouse un jeune suisse. Elle fait le cours d'auxiliaire CR et enchaîne avec une formation d'aide-soignante (formation disparue depuis lors). Elle a entrepris la procédure de validation de cette formation pour devenir ASSC par le biais de mesures de compensation.

Carlo, 1979, Afghanistan. Après douze ans de scolarité, il songe à étudier la médecine. Sa famille fuit le pays en guerre. La plupart de ses proches reçoivent un visa pour le Canada. Il demande l'asile en Suisse en 2001. Il ne parvient pas à rejoindre sa famille au Canada et reste pendant des années dans l'incertitude. Après quatre ans de permis N (personnes admises à titre provisoire), il reçoit un permis B

annuel, mais souffre de problèmes de santé. L'ORP, l'aiguille vers un EMS qui l'engage comme auxiliaire de santé. Il voudrait débiter une formation d'ASSC.

Svetlana, ex-URSS, Russie. Elle a terminé des études d'art et a de nombreuses expériences dans ce domaine. Elle a suivi le cours d'auxiliaire CR, mais a échoué à l'examen théorique et n'a pas trouvé de possibilité de faire un stage dans un EMS. Elle continue à chercher un poste de travail comme auxiliaire de santé.

Canton du Valais

Mia, 1961, Rwanda, diplôme d'infirmière auxiliaire suivi de onze années de pratique dans son pays. Elle arrive en Suisse en 1996 avec quatre enfants âgés de deux à douze ans comme requérante l'asile. Elle souhaite travailler ou étudier mais est confrontée à l'impossibilité de trouver un emploi ou de reprendre une formation avec un permis F. Elle n'entame pas de procédure de reconnaissance de titre pour des raisons financières, mais également parce qu'on l'a découragée. Elle réussit finalement le cours d'auxiliaire CR et trouve une place dans un EMS. Elle enchaîne avec la formation d'aide-soignante, fonction qu'elle occupe aujourd'hui dans un autre EMS. Elle obtient la nationalité suisse en 2010. Mia n'est pas entièrement satisfaite de son poste et ne s'estime pas reconnue pour ses compétences. Elle va déposer une demande de validation des acquis en espérant obtenir l'équivalence du titre d'ASSC. Si cette procédure n'aboutit pas, elle envisage de faire la formation d'ASSC ou d'ASE puis, éventuellement, la HES en cours d'emploi.

Yves, 1980, Erythrée. Il a commencé l'Université en Faculté de médecine pour devenir infirmier mais a dû abandonner dès la deuxième année « à cause des militaires ». Il est jeté en prison. En juin 2006, il arrive en Suisse comme demandeur d'asile et obtient le permis B. Confronté à des difficultés linguistiques, il renonce aux études universitaires et décide de se replier sur le cours d'auxiliaire CR. Ayant de la peine à trouver un emploi, il effectue un stage de trois mois dans un EMS à la suite duquel il est engagé. Yves se dit satisfait de sa fonction d'auxiliaire de santé compte tenu de son niveau de français. Il s'applique cependant à progresser dans cette langue et envisage de faire la formation d'ASSC.

Joséphine, 1981, Colombie. Elle commence des études d'instrumentiste à l'Université qu'elle doit abandonner pour la formation moins coûteuse et plus courte de « technicienne infirmière ». Elle travaille à la « Liga Contra el Cancer » (Ligue contre le cancer). Quand sa fille naît prématurément, le bébé a besoin de soins et de médicaments. N'ayant pas les moyens de payer ce traitement, Joséphine décide de partir en Europe, d'abord en Italie, puis en Espagne, enfin en Suisse. Elle se marie avec un Suisse et obtient le permis B. Son conjoint l'aide beaucoup pour la validation du diplôme et pour trouver du travail. Elle reçoit un préavis favorable de la CR attestant que son diplôme équivaut à celui d'ASSC, mais elle attend depuis neuf mois une validation finale. Bien qu'elle ait postulé à une place d'ASSC, elle a été engagée comme auxiliaire de santé sur la base de son diplôme et du préavis de la CR. Elle n'est pas satisfaite de son travail et s'estime parfois dénigrée car ses compétences ne sont pas reconnues. Elle souhaite poursuivre sa formation.

Claire, 1975, Portugal. Elle a une formation d'infirmière militaire qui n'est pas reconnue en Suisse, la procédure de reconnaissance a donc abouti à un refus. Elle a commencé à travailler comme auxiliaire de santé dans un EMS sans avoir effectué le cours de la CR. Elle a ensuite travaillé comme veilleuse dans le même établissement tout en faisant cette formation. Claire se dit insatisfaite de son travail. Elle ne s'estime pas à sa juste place et a l'impression que son employeur profite d'elle. Elle utilise parfois ses compétences pour changer des pansements ou pour donner des conseils aux infirmières. Claire souhaite entreprendre la formation d'ASSC puis celle d'infirmière mais son employeur n'entend pas conclure de contrat d'apprentissage avec elle.

Ivana, 1970, Croatie. Diplômée d'une école de commerce, elle a l'intention de gagner de l'argent pour effectuer des études universitaires. La guerre éclate alors qu'elle est en vacances en Suisse. Elle prend la décision de rester. Elle se marie et a deux enfants. Elle souhaite faire des études d'assistante sociale en cours d'emploi mais son mari désapprouve son projet. Après son divorce, Ivana doit trouver rapidement du travail; elle découvre l'existence du cours d'auxiliaire CR dans le journal. Elle opte pour cette formation parce qu'elle est simple, rapide et qu'elle donne du travail. Ivana se dit frustrée dans sa vie professionnelle car elle aurait souhaité poursuivre ses études. L'infirmier-chef l'encourage à se former pour devenir ASSC. La question financière l'empêche d'envisager un tel objectif.

Ana, 1982, Brésil. Elle fait des études universitaires en marketing. Avec son mari, ils décident de partir pour l'Angleterre afin de perfectionner leurs connaissances en anglais. Ils séjournent auparavant en Valais chez une cousine et s'installent finalement en Suisse. Après avoir soigné son mari accidenté, elle se découvre un penchant pour les soins. Suivant les conseils de membres de sa famille et d'amis, Ana effectue la formation de la CR. Elle est actuellement employée dans un EMS et apprécie son travail. Elle souhaite se former davantage. Elle s'inquiète pourtant des frais qu'un cursus d'ASSC ou d'infirmière occasionnerait et du temps que cela prendrait. Personne ne lui a indiqué qu'elle aurait pu commencer une formation d'infirmière sans passer par des échelons préalables.

Boubakar, 1956, Burkina Faso. Il obtient une licence en sciences économiques et enchaîne avec un brevet de la sécurité en voies ferrées. Il travaille ensuite dans un poste à responsabilité dans ce domaine. Son cursus est selon lui plus politique que professionnel. En 2001, il arrive en Suisse et est reconnu comme réfugié statutaire. Il travaille d'abord dans la restauration. Au moment de l'entretien, il effectuait le stage exigé dans le cadre du cours d'auxiliaire CR. Boubakar reconnaît un écart entre ce statut et son niveau de qualification mais affirme ne pas en tenir compte. Il désire rentrer au Burkina et insiste sur le fait que cette formation lui servira pour travailler dans une association de son pays.

Armand, 1988, Erythrée. Il termine l'école secondaire puis se trouve face à l'obligation d'entrer dans l'armée. Il déserte et arrive en Suisse après un long périple par le Soudan, la Lybie et l'Italie. Il obtient le permis B de réfugié. Il cherche partout pour pouvoir se former, fait de nombreux stages, se renseigne pour un apprentissage, pour entrer en soins infirmiers à la HES, à l'Université de Lausanne. Confronté à un discours souvent décourageant, il ne poursuit pas ses démarches. Orienté vers le cours d'auxiliaire CR, il se dit obligé de faire ce qu'on lui indique sans qu'on tienne compte de ses souhaits ou de ses capacités. Intéressé par le domaine de la santé, il envisage de poursuivre sa formation pour devenir ASSC. Il est prêt et motivé à faire l'école d'infirmier s'il en a la possibilité.

Valérie, 1972, Brésil. Institutrice, elle enseigne quelques années puis travaille comme secrétaire bilingue dans une entreprise d'import-export. Arrivée en Suisse, elle juge qu'il est impossible de suivre une formation face à l'obligation de consacrer son temps à ses enfants. Ses amis et connaissances la dissuadent d'entamer une procédure de validation de son diplôme. Les emplois dans les nettoyages et le baby-sitting se succèdent. Des proches lui conseillent de faire le cours d'auxiliaire CR. Elle prend des leçons de français, s'inscrit et termine cette formation. Elle trouve un emploi dans un CMS. Valérie se sent reconnue et respectée dans son travail. Elle souhaite faire la formation d'ASSC dès que l'occasion se présentera. Son employeur la soutient dans ce projet.

Lea, 1963, Rwanda, enseignante. Elle arrive en Suisse comme requérante d'asile en 1995. Elle n'entreprend pas de démarches pour faire reconnaître son diplôme. Elle a perdu ses papiers et est arrêtée par son statut de réfugiée. Elle pense en outre qu'il serait trop difficile d'enseigner dans un pays dont elle ne connaît pas le système. Elle obtient le permis B en 2001 et commence le cours d'auxiliaire CR sur conseil de l'OSEO. Bien qu'intéressées par les soins, son choix dépend surtout des débouchés. L'OSEO lui trouve ensuite une place de stage dans un EMS où elle travaille actuellement. Elle évoque peu les difficultés rencontrées et reconnaît comme une chance d'avoir pu être hébergée en Suisse. Son travail lui plaît hormis la routine et un salaire qui ne lui permet pas de vivre correctement. Elle pourrait envisager de poursuivre une formation dans les soins ou dans l'enseignement.

André, 1962, Togo. Il obtient un baccalauréat technique puis effectue deux ans d'Université en ingénierie. Il arrive en Suisse en 1996, avec un permis étudiant, pour suivre un apprentissage de mécanicien. Sa formation achevée, il se marie avec une Suissesse. Il est accidenté en 2006, lors d'un séjour dans son pays. Au bénéfice de l'AI, il décide de se former à une activité qu'il pourra exercer compte tenu de ses séquelles. Suivant la suggestion d'une compatriote qui travaille comme auxiliaire de santé, il obtient le soutien de son conseiller et fait la formation de la CR. Il est ensuite engagé dans un EMS. André se dit satisfait de son travail et ne pense pas poursuivre sa formation en raison de son âge, du manque à gagner et par manque d'intérêt.

Laura, 1973, Algérie. Elle étudie les sciences politiques et les relations internationales puis travaille dans un ministère. Elle s'engage dans un parti d'opposition et dans des associations féminines. Arrivée en Suisse comme demandeuse d'asile, elle ne cherche pas à faire reconnaître son diplôme de peur de s'entendre dire que sa formation ne valait rien. Il était, selon elle, préférable de considérer qu'à « nouvelle vie, nouveau job ». Après s'être occupée d'un vieux monsieur à domicile, Laura décide de s'orienter vers les soins. Elle prend connaissance du cours de la CR par une amie brésilienne qui travaille dans une ONG. Elle est employée aujourd'hui dans un EMS et s'estime satisfaite de son travail. Les résidents sont un peu sa famille. Elle aimerait faire une formation d'ASSC à partir de l'année prochaine.

John, 1980, Roumanie. Il fait une formation d'ingénieur en textile. Il exerce sa profession mais décide de quitter son pays parce qu'il veut « encore plus ». Il s'intéresse au domaine des soins. Des Suisses, rencontrées sur Internet, l'aiguillent vers la formation d'auxiliaire CR et l'aident à s'installer en Suisse. Il parvient à obtenir un permis étudiant pour participer au cours de la CR puis obtient le permis B grâce à un contrat de travail. John effectue parallèlement des démarches pour obtenir la reconnaissance de son diplôme d'ingénieur mais ne reçoit qu'une lettre de recommandation attestant de sa formation. Il fait de nombreux stages non rémunérés pour acquérir de l'expérience comme auxiliaire de santé avant de trouver un emploi dans un EMS. Il se dit satisfait de son travail bien que ne se sentant pas réalisé sur le plan professionnel. Il souhaite suivre la formation d'ASSC.

Sonia, 1979, Somalie. Sonia arrive en Suisse à l'âge de 16 ans et se voit fermer toutes les portes. On lui dit textuellement : « vous êtes ici parce qu'il y a la guerre dans votre pays, pas pour faire des études ». A 17 ans, elle effectue un stage dans un EMS. Elle s'engage souvent comme bénévole, crée une association. La recherche d'emploi s'avère difficile : elle n'a pas de formation et une maîtrise imparfaite du français. Les préjugés à son égard sont manifestes. Son accent étranger est vu comme une carence par ses employeurs potentiels. Elle finit néanmoins par trouver un poste d'auxiliaire dans un EMS et fait le cours CR suivant la volonté de son employeur. Sonia considère qu'elle appartient à la « génération perdue » des migrants arrivés jeunes, mais trop âgées pour être scolarisées et construire un avenir en Suisse : « A ces personnes-là, on leur tue leurs rêves ». Elle lutte aujourd'hui à travers son engagement militant et associatif.

Flora, 1983, République démocratique du Congo. Diplôme d'infirmière obtenu dans son pays. Elle quitte la RDC en 2009 se sentant en danger pour avoir dénoncé une affaire de corruption. Après un long périple qui la conduit à travers la Turquie et la Grèce, elle arrive en Suisse et obtient le statut de réfugié. Grâce au soutien d'une organisation valaisanne et l'appui de son fiancé, qui est devenu tout récemment son mari, elle entame la procédure de reconnaissance de titres. Elle s'apprête à accomplir les mesures compensatoires qui lui ont été notifiées par la CRS.

Canton de Genève

Gabriella, 1960, Angola. Elle possède un diplôme d'infirmière et est au bénéfice de 23 ans d'expérience professionnelle. Elle se réfugie en Suisse en 2003 et a le permis F depuis cette date (réfugié admis à titre provisoire). Elle s'est renseignée pour obtenir la reconnaissance de sa formation, mais a été découragée d'entreprendre une procédure. Les diplômes angolais semblent peu considérés en Suisse, elle est en outre arrivée sans documents et il s'avère très ardu de se les procurer au pays. Elle fait le cours de la CR pour auxiliaire en 2006, mais ne trouve pas de poste dans un EMS. Elle travaille depuis son arrivée surtout dans des services de nettoyage, pour des personnes privées et des entreprises. Elle est divorcée et n'a pas d'enfants.

Vierra, 1968, Brésil. Elle a une formation d'aide-infirmière qui correspond à deux ans d'études après l'école secondaire. Elle a acquis une solide expérience professionnelle dans des hôpitaux brésiliens. A son arrivée en Suisse, elle travaille pour une entreprise de nettoyage. Elle perd cet emploi et est engagée comme auxiliaire de santé dans un EMS, d'abord à l'essai puis via un contrat à durée indéterminée. Vierra s'est renseignée pour faire reconnaître son diplôme d'aide-infirmière. Elle va entamer une procédure dès qu'elle aura reçu les attestations de son pays. Elle veut suivre des cours de français pour améliorer son niveau. Elle se dit satisfaite de son travail mais souhaite continuer à se former, pour devenir éventuellement ASSC.

Marinez, 1967, République Dominicaine. Elle acquiert un certificat d'auxiliaire de santé dans son pays d'origine et enchaîne avec une formation d'infirmière qui dure deux ans. Elle vient en Suisse au début des années 1990, travaille sans papiers dans un EMS, chez des particuliers, puis dans un restaurant. En 2000, elle arrive à légaliser sa situation grâce à un passeport européen qu'elle possède. Elle donne naissance à un enfant, s'en occupe seule, a des problèmes de santé et se retrouve au chômage. Elle travaille aujourd'hui dans un EMS et est encouragée à faire reconnaître son certificat et son diplôme. Elle est en train de constituer un dossier pour entamer la procédure. Elle aimerait être engagée au moins en tant qu'aide-soignante et pouvoir améliorer sa position par des cours ultérieurs. Son fils a huit ans.

Abimael, 1953, Brésil. Malgré un diplôme universitaire de français et de portugais, elle n'a jamais voulu enseigner. Elle suit une formation d'aide-soignante pendant deux ans et travaille une fois ses trois enfants devenus adultes. Elle vient en Suisse en 2007. Elle a la nationalité suisse par l'ascendance de son ex-mari et peut donc s'installer sans problème. Elle cherche un emploi d'aide-soignante dans des EMS et est finalement engagée en tant qu'auxiliaire de santé. La procédure de validation de son diplôme brésilien a abouti.

Abella, 1974, Brésil. Elle suit une formation d'aide-soignante durant deux ans dans son pays d'origine. Son diplôme lui permet de travailler dans divers services hospitaliers. Elle vient en Suisse en 1998 par mariage. Elle travaille quelques années comme baby-sitter puis comme sommelière avant d'être engagée dans un EMS. Elle obtient la reconnaissance de son diplôme après deux ans et est engagée en tant qu'aide-soignante qualifiée. Abella pense qu'un cahier des charges d'aide-soignante au Brésil attribue plus de responsabilités qu'un poste identique en Suisse. Peu satisfaite de son statut, elle aimerait devenir ASSC si ce n'est infirmière diplômée.

Marianna, 1968, Pérou. Elle étudie les soins infirmiers à l'Université puis va à Madrid où elle reprend entièrement sa formation pour obtenir le diplôme d'infirmière. Arrivée en Suisse, elle commence à travailler comme aide-soignante. Trois mois plus tard, son diplôme espagnol est reconnu par la CRS. Elle demeure aide-soignante qualifiée pendant quelques mois puis obtient un poste d'infirmière. Marianna se dit satisfaite de son travail qui correspond à ses compétences et à ses qualifications.

Kodjo, 1965, Togo. Il fait des études universitaires d'ingénieur dans son pays d'origine, acquiert des expériences professionnelles en tant que gestionnaire de projets. Il demande l'asile en 2002 en Suisse et est reconnu comme réfugié statutaire. Il nourrit le projet de fonder une institution pour personnes âgées dans un pays d'Afrique de l'Ouest. C'est dans cette perspective qu'il suit un cours

d'auxiliaire CR en 2008. Il veut se faire une idée des soins à prodiguer aux personnes âgées. Il travaille actuellement dans un EMS comme auxiliaire de santé.

Adjimé, 1971, Côte d'Ivoire. Originaire d'une famille aisée, elle est la seule enfant qui ne poursuit pas d'études universitaires. Elle ne termine pas une formation d'esthéticienne. Sa sœur, diplomate, la fait venir en Suisse. Elle épouse un Suisse qui ne veut pas qu'elle travaille pour gagner de l'argent. Elle fait du bénévolat, visite des personnes âgées, participe à des kermesses. Quand elle juge ses trois enfants assez indépendants, elle suit le cours d'auxiliaire CR et est engagée dans un EMS. Elle n'aspire pas à poursuivre un cursus via une formation d'aide-soignante ou d'ASSC.

Manuella, 1976. Elle naît en Suisse de parents immigrés du Portugal. Elle fait la formation d'ASSC. Au chômage, elle reçoit nombre de réponses négatives à ses lettres de postulation. Elle se dit soulagée d'avoir trouvé un poste d'aide-soignante dans un EMS qui lui permet de travailler dans le domaine des soins et de rester en contact avec la pratique. Son institution lui a promis un poste d'ASSC dès que le besoin d'une personne à ce niveau de qualification serait nécessaire.

Sarah, 1965, Algérie, danseuse. Elle vient en Suisse en 1990. Elle est en fin de droit au chômage en 2003, lorsque l'ORP lui propose un emploi dans un EMS comme aide-infirmière non qualifiée dans le cadre de mesures cantonales de réinsertion professionnelle. Le travail lui plaît. Elle fait le cours de la CR et est engagée à durée indéterminée dans l'EMS où elle travaille toujours.

Ratsirika, 1967, Madagascar. Au bénéfice d'une formation universitaire en informatique médicale, elle fait le cours de la CR pour devenir auxiliaire de santé, mais renonce ensuite à travailler dans ce domaine pour des « raisons personnelles ».

Annexe 3 : Intitulés des formations dans le secteur des soins

| Formations tertiaires | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Infirmier-ère HES | Pflegfachfrau/Pflegfachmann FH (Fachhochschule) |
| Infirmier-ère diplômé-e ES | diplomierte Pflegefachfrau, diplomierter Pflegefachmann HF (Höhere Fachschule) |
| Infirmier-ère niveau II | Krankenschwester für Gesundheits- und Krankenpflege DNII |
| Infirmier-ère diplômé-e SG/GKP/HMP/PSY | Diplom: Krankenschwester /-pfleger AKP/GKP/KWS/PsyKP |
| Formations secondaires | |
| Infirmier-ère niveau I | Pflegfachfrau/Pflegfachmann DNI |
| Infirmier-ère assistant-e CC CRS (Certificat de capacité CRS) | Fähigkeitsausweis Krankenpfleger/in FA SRK |
| Assistant-e en Soins et santé communautaire ASSC (niveau CFC, Certificat fédéral de capacité) | Fachangestellte/r Gesundheit FAGE (Stufe EFZ, Eidgenössisches Fähigkeitszeugnis) |
| Aide en soins et accompagnement AFP (Attestation fédérale professionnelle) | Assistent/in Gesundheit und Soziales EBA (Eidgenössischer Berufattest) |
| Formations auxiliaires | |
| Aide soignant-e CRS | Pflegeassistentin SRK |
| Auxiliaire de santé CRS | Pflegehelfer/in SRK |



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.