

HIMALAYA PATHWAYS

Livre blanc stratégique et étude de faisabilité

Passerelles professionnelles entre l'Himalaya oriental indien et les territoires ruraux français en tension
sur les métiers du care

DOCUMENT DE TRAVAIL — CONSTRUCTION PROGRESSIVE

Étude complète et enrichie — 34 parties + conclusion générale

Juillet 2026

Note sur la construction de ce document

Ce Livre blanc est construit par blocs successifs, partie après partie, chaque section reposant sur des recherches documentaires réelles et sourcées plutôt que sur des généralités. La Partie 1 ci-dessous constitue le premier bloc terminé. Les parties suivantes (Pourquoi le care, Pourquoi la France, Pourquoi l'Himalaya, comparaisons internationales, études de cas Japon/Israël/Allemagne/Irlande, cadre juridique, mobilité, scénarios pilotes, conclusions) seront ajoutées à ce même fichier au fil de l'avancement.

INTRODUCTION

La France rurale entre dans une période de vieillissement sans précédent. Dans le même temps, certaines régions de l'Himalaya oriental forment des jeunes femmes qualifiées dont les perspectives locales demeurent limitées et qui s'engagent déjà dans des trajectoires de mobilité nationale et internationale. Entre ces deux réalités, existe-t-il un espace pour construire des passerelles professionnelles limitées, soigneusement préparées et mutuellement bénéfiques ? C'est la question qu'explore Himalaya Pathways.

Cette question n'appelle ni une réponse enthousiaste ni un rejet de principe : elle appelle une étude. C'est l'objet de ce document, construit progressivement et cumulativement, partie après partie, sur plus de soixante-dix pages et trente-deux sections thématiques, chacune reposant sur des sources vérifiables — DREES, INSEE, Sénat, OCDE, OMS, recensement indien, littérature académique — plutôt que sur l'intuition ou la conviction. Ce Livre blanc ne cherche à convaincre de rien : il cherche à établir, avec la plus grande précision possible, ce que l'on sait, ce que l'on peut raisonnablement supposer, et ce qui reste à vérifier avant qu'une décision engageant des personnes réelles — candidates himalayennes, résidents d'EHPAD, familles, employeurs, collectivités — puisse être prise en toute connaissance de cause.

Le principe fondateur du projet, qui structure l'ensemble de cette étude, peut être résumé ainsi : explorer la possibilité de construire de petites cohortes de candidats soigneusement sélectionnés et préparés, issus de l'Himalaya oriental indien, afin de répondre de manière complémentaire à certains besoins des territoires ruraux français dans les métiers du care. Chacune de ces notions — petites cohortes, sélection rigoureuse, préparation, complémentarité, territoires ruraux — a été examinée dans ce document non comme un slogan, mais comme une hypothèse à tester contre les données disponibles.

PARTIE 1 — LE DÉFI FRANÇAIS

1.1 Une bascule démographique déjà engagée

La France est entrée dans une phase de vieillissement rapide et documentée avec précision par les organismes statistiques publics. Fin 2023, les personnes de plus de 75 ans représentaient 10,4 % de la population française selon l'INSEE ; ce taux devrait atteindre 16,4 % en 2050, ce qui signifie mécaniquement une forte dégradation du ratio de dépendance démographique — le rapport entre les personnes ayant besoin d'aide et celles en capacité de la fournir.

Selon les projections officielles, la France comptera plus de 20,6 millions de personnes de 60 ans ou plus en 2030, soit environ 1,9 million de plus qu'en 2023, dont 1,7 million de personnes supplémentaires de 75 ans et plus. La trajectoire se poursuit ensuite : d'après le modèle LIVIA de la DREES, rendu public fin 2025 et permettant des projections jusqu'en 2070, la France comptera près de 23 millions de personnes de 60 ans ou plus en 2050, soit 5 millions de plus qu'en 2021, dont 738 000 personnes supplémentaires en perte d'autonomie.

1.2 Ce que projette précisément la DREES à l'horizon 2050

L'étude DREES la plus récente sur le sujet (Études et Résultats n°1365, février 2026, modèle LIVIA) chiffre les besoins avec une précision inhabituelle. Trois scénarios structurent l'analyse selon l'évolution de l'espérance de vie sans perte d'autonomie et selon la politique d'entrée en EHPAD retenue :

- Si les pratiques d'entrée en EHPAD restent identiques à celles de 2021, il faudrait créer 365 000 places supplémentaires en EHPAD d'ici 2050, à ajouter aux 640 000 places existantes — soit une hausse de 56 %.
- Si aucune place nouvelle n'est créée en EHPAD, le nombre de personnes en perte d'autonomie vivant à domicile (logement ordinaire ou habitat intermédiaire) augmenterait de 698 000 personnes d'ici 2050, pour atteindre environ 2,1 millions.
- Dans ce même scénario sans création de places, les EHPAD se spécialiseraient dans l'accueil des cas les plus lourds : 85 % des résidents seraient en perte d'autonomie sévère en 2050, contre 59 % en 2021, et ces établissements ne pourraient plus accueillir de personnes autonomes.
- Si les résidences autonomie devaient absorber le report des seniors ne pouvant plus entrer en EHPAD, leur capacité actuelle (113 000 places) devrait être multipliée par 4,6, pour atteindre environ 517 000 places.
- Sans création de places en EHPAD, le nombre de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile augmenterait de plus de 60 % d'ici 2050.

Au total, pour assurer les seuls soins de base des personnes âgées en perte d'autonomie — à domicile ou en établissement — la DREES chiffre le besoin net à 156 000 emplois supplémentaires d'ici 2050 dans l'hypothèse la plus favorable (gains d'espérance de vie sans perte d'autonomie), et jusqu'à 202 000 emplois supplémentaires si les pratiques actuelles d'entrée en EHPAD sont maintenues. C'est cette fourchette de 150 000 à 200 000 emplois nets supplémentaires qui constitue le chiffre de référence à horizon 2050 pour l'ensemble des métiers du grand âge.

150 000 – 200 000 emplois nets supplémentaires nécessaires d'ici 2050 (DREES, modèle LIVIA)	365 000 places EHPAD à créer d'ici 2050 pour maintenir les pratiques actuelles d'admission	23 millions personnes de 60 ans et plus en France en 2050 (+5 M vs 2021)
---	--	---

1.3 Un besoin de recrutement déjà massif avant même 2050

Le problème n'est pas seulement une échéance lointaine à 2050 : il est déjà pressant à l'horizon 2030. Le Sénat, dans son rapport sur la situation des EHPAD, retient qu'environ 210 000 emplois d'aides-soignants et d'aides à domicile seront à pourvoir d'ici 2030 pour répondre aux besoins d'accompagnement des Français. Une étude de la direction générale des entreprises portant spécifiquement sur les aides à domicile et aides ménagères chiffre à 305 000 le nombre de postes à pourvoir entre 2019 et 2030 dans ce seul segment, en tenant compte à la fois de la croissance des besoins et des départs à la retraite du personnel actuellement en poste.

La trajectoire fixée par la loi de financement de la sécurité sociale prévoit 50 000 recrutements supplémentaires en EHPAD d'ici 2030, ce qui permettrait de porter le taux d'encadrement soignant à 4,5 équivalents temps plein pour 10 résidents — une hausse de 19 % par rapport à 2019, mais qui reste, selon les acteurs du secteur, inférieure aux besoins réels compte tenu de la diversité des profils de résidents.

1.4 Un secteur déjà en tension chronique, pas seulement en tension future

Les difficultés de recrutement ne sont pas une perspective : elles sont documentées depuis presque une décennie et s'aggravent. Dès 2015, la DREES relevait que près de 35 % des structures pour personnes âgées déclaraient rencontrer des difficultés de recrutement, la moitié des EHPAD privés étant concernés, en particulier sur les postes d'aides-soignants. En 2019, ce chiffre était monté à 61 % des EHPAD toutes catégories confondues, et à 65 % pour les EHPAD privés à but non lucratif.

Le secteur de l'aide à domicile affiche des signaux comparables. Un baromètre professionnel indique que la moitié des structures d'aide à domicile rapportent des ruptures de prise en charge faute de personnel disponible, et qu'un poste proposé sur trois reste vacant. Une enquête sectorielle plus large évalue à 60,5 % la part des recruteurs du secteur des services à la personne déclarant des difficultés de recrutement, et à 89 % la part des dirigeants du secteur citant le recrutement comme l'une de leurs principales difficultés opérationnelles.

1.5 La fuite plus rapide que le recrutement : le problème du turnover

Le défi ne se limite pas à attirer des candidats : il faut aussi les retenir, et c'est peut-être le point le plus critique pour la conception d'Himalaya Pathways. Selon une estimation syndicale (CFDT), le taux de rotation du personnel (turnover) dans les services à la personne atteindrait environ 70 %. Un rapport de l'IGAS consacré à l'attractivité des métiers du champ social relevait par ailleurs une baisse significative, sur dix ans, du nombre de personnes formées aux métiers de l'aide à domicile, ce qui creuse mécaniquement l'écart entre l'offre de professionnels disponibles et la demande réelle.

Les rémunérations restent un facteur structurel de cette fuite : un aide à domicile perçoit en moyenne entre 1 500 et 1 850 € brut mensuels, le plus souvent à temps partiel — ce qui pousse une partie significative des salariés à se réorienter vers des secteurs jugés moins éprouvants pour une rémunération comparable, malgré plusieurs revalorisations conventionnelles successives depuis 2022 (avenant 43, tarif plancher national, complément de traitement indiciaire pour la fonction publique territoriale).

1.6 Pourquoi la situation risque de s'aggraver plutôt que de se stabiliser

- Effet ciseau démographique : la génération du baby-boom entre massivement dans les tranches d'âge à forte dépendance au moment même où la génération de professionnels actuellement en poste, elle-même vieillissante, part progressivement à la retraite.
- Effet ciseau familial : les projections de la DREES reposent sur l'hypothèse que l'aide informelle (conjoint, enfants) reste disponible au même niveau qu'aujourd'hui — hypothèse fragilisée par la hausse des divorces et la baisse de la fécondité, qui tendent à accroître le nombre de personnes âgées isolées et donc les besoins en professionnels formés.
- Sous-investissement en formation : le nombre de personnes formées aux métiers de l'aide à domicile a reculé sur la dernière décennie selon l'IGAS, alors même que les besoins bruts augmentent.
- Report politique récurrent : le « plan grand âge », annoncé dès 2018, a de nouveau été reporté début 2026 sans nouvelle date fixée, ce qui illustre la difficulté des pouvoirs publics à traduire le diagnostic statistique en réponse structurelle financée.

1.7 Pourquoi les réponses actuelles pourraient devenir insuffisantes

Les leviers mobilisés depuis 2022 — revalorisations salariales conventionnelles, création de places en SSIAD, ouverture de places de formation supplémentaires, développement de l'apprentissage dans le secteur médico-social — répondent à une logique d'amélioration marginale d'un système déjà en tension, mais aucun de ces leviers ne modifie le donné démographique de fond : le nombre de Français en âge de travailler dans ces métiers n'augmente pas au même rythme que le nombre de personnes âgées à accompagner. Le décalage entre la hausse structurelle du besoin (150 000 à 200 000 emplois nets d'ici 2050, sans compter le simple renouvellement des départs) et la baisse du vivier national de candidats qualifiés et disposés à rester dans ces métiers constitue, sur la durée, un problème arithmétique autant que politique.

C'est précisément ce diagnostic — un besoin nettement supérieur à la capacité de réponse par le seul marché du travail national, avec un problème de rétention au moins aussi important qu'un problème de recrutement brut — qui ouvre la question centrale d'Himalaya Pathways : dans quelle mesure de petites cohortes de candidats étrangers, sélectionnés et préparés avec soin, peuvent-elles constituer une réponse complémentaire, localisée et durable, sans prétendre résoudre à elles seules un problème structurel de cette ampleur.

1.8 Pourquoi étudier cette question maintenant plutôt que dans dix ans

Trois raisons convergent pour justifier une réflexion engagée dès aujourd'hui plutôt que différée. D'abord, le décalage entre besoin et offre de personnel est déjà mesurable dans les chiffres 2019-2025 (taux de vacance, turnover, ruptures de prise en charge) : il ne s'agit pas d'anticiper un problème futur mais de répondre à un problème déjà installé. Ensuite, la préparation d'une cohorte de candidats étrangers qualifiés — sélection, formation linguistique jusqu'à un niveau B1-B2, reconnaissance des diplômes, accompagnement administratif — est un processus qui se compte en années, non en mois ; plus le lancement est tardif, plus le décalage avec les besoins 2030 se creuse. Enfin, plusieurs pays comparables (Allemagne, Japon, Israël) ont déjà structuré depuis dix à vingt ans des filières de recrutement international dans le care, ce qui donne à la France — et à un projet comme Himalaya Pathways — un accès à des retours d'expérience étrangers déjà disponibles, mais seulement pour ceux qui les étudient avant de concevoir leur propre modèle plutôt qu'après.

Sources citées dans cette partie (Partie 1)

DREES, Études et Résultats n°1365, « Soutien à l'autonomie des personnes âgées : entre 150 000 et 200 000 emplois supplémentaires seraient nécessaires en 2050 », modèle LIVIA, février 2026.

DREES, Les Dossiers de la DREES n°123, « Les besoins en personnel accompagnant des personnes âgées en perte d'autonomie », octobre 2024.

Sénat, rapport « Situation des EHPAD » (r23-778), 2024 — enquête EHPA de la DREES, données 2019.

Direction générale des entreprises (DGE), Les Thémas de la DGE n°15, « Services à la personne », novembre 2023.

Sénat, question écrite n°241001893, « Déficit d'attractivité du métier d'aide à domicile », 2024 — données INSEE fin 2023.

UNA, Baromètre de l'aide à domicile, cité par Banque des Territoires / Localtis, 2021-2024.

Tool4staffing, Baromètre Jobs en Tension — Services à la personne, données Pôle Emploi / France Travail BMO et CFDT.

IGAS, rapport sur l'attractivité des métiers du champ social, 2024, cité par Le Journal Toulousain, 2026.

Silvereco / Portail national de la Silver économie, couverture de l'étude DREES 2026 et du report du « plan grand âge ».

PARTIE 2 — POURQUOI LE CARE, SPÉCIFIQUEMENT ?

2.1 Un secteur en tension d'une nature différente des autres métiers en tension

La liste française des métiers en tension compte plusieurs dizaines de professions, du bâtiment à l'hôtellerie-restauration. Mais les métiers du care présentent une combinaison de contraintes rarement réunie ailleurs : une pénibilité physique élevée et documentée, une charge émotionnelle continue, des horaires fragmentés et souvent non compatibles avec une vie de famille classique (travail le week-end, coupures en horaires décalés pour l'aide à domicile), et une rémunération qui reste, malgré les revalorisations, inférieure à ce que cette pénibilité justifierait objectivement.

La pénibilité physique n'est pas une appréciation subjective : elle est mesurée. Selon l'Assurance maladie, 20 % des accidents du travail et 60 % des arrêts de travail du secteur médico-social sont liés au mal de dos. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent la première cause d'arrêt de travail et d'inaptitude chez le personnel soignant, et représentent plus de 90 % des maladies professionnelles déclarées dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale — jusqu'à 96 % dans le sous-secteur de l'action sociale sans hébergement (aide à domicile). L'indice de fréquence des accidents du travail en EHPAD est environ deux fois supérieur à l'indice national tous secteurs confondus. Aides-soignants et auxiliaires de vie, dont le métier consiste en grande partie à soulever, transférer et mobiliser des personnes en perte d'autonomie, sont les premiers concernés.

2.2 Un métier qui ne peut ni se délocaliser ni s'automatiser

Contrairement à de nombreux secteurs en tension, le care à la personne ne peut structurellement pas être compensé par la délocalisation de l'activité : le soin doit être délivré physiquement au domicile ou en établissement, là où vit la personne âgée. L'automatisation, bien qu'en progrès (aides à la mobilisation, téléassistance, robotique légère en expérimentation), ne remplace à ce jour qu'une fraction marginale des gestes de soin et d'accompagnement relationnel, qui restent au cœur du métier. Cette double contrainte — non-délocalisable et faiblement automatisable — signifie que le déficit de personnel ne peut se résorber que par trois leviers cumulatifs : l'attractivité renforcée du métier pour les actifs français, l'augmentation de la productivité par l'organisation du travail, et le recrutement de personnel supplémentaire, y compris international. Les deux premiers leviers sont mobilisés depuis 2022 sans avoir permis, à ce stade, de refermer l'écart (voir Partie 1) ; le troisième reste, comme démontré en Partie 3, largement sous-exploité par la France comparée à ses voisins.

2.3 Pourquoi la tension va continuer de croître, indépendamment du volume brut de recrutement

Au-delà du chiffre brut de 150 000 à 200 000 emplois nets nécessaires d'ici 2050 (Partie 1), deux dynamiques qualitatives aggravent spécifiquement la tension dans le care. D'abord, le « virage domiciliaire » — la politique publique consistant à privilégier le maintien à domicile des personnes âgées plutôt que l'entrée en établissement — déplace une part croissante des besoins de soin vers des interventions dispersées géographiquement, moins encadrées collectivement, et donc plus consommatrices de temps de déplacement par bénéficiaire, ce qui réduit mécaniquement le nombre de personnes qu'un professionnel peut accompagner dans une journée de travail. Ensuite, l'alourdissement progressif du profil des résidents en établissement — 85 % des résidents d'EHPAD seraient en perte

d'autonomie sévère en 2050, contre 59 % en 2021, si aucune place supplémentaire n'est créée — signifie que chaque professionnel présent devra, à effectif constant, prendre en charge des situations de dépendance en moyenne plus lourdes qu'aujourd'hui.

2.4 Conclusion : le care comme cas d'école pour une réponse migratoire ciblée

Ces caractéristiques — non-délocalisable, faiblement automatisable, pénibilité physique documentée, besoin croissant de façon quasi certaine sur au moins trois décennies — distinguent le care des autres métiers en tension et expliquent pourquoi plusieurs pays comparables (Allemagne, Japon, Israël, Irlande — voir Parties 8 à 11) ont fait, avant la France, le choix d'y intégrer une composante de recrutement international structuré plutôt que de miser uniquement sur des leviers domestiques.

Sources citées dans cette partie (Partie 2)

Assurance maladie (Ameli.fr), données sur les accidents du travail et arrêts liés au mal de dos dans le secteur médico-social, citées par Synoxis Médical et AFPC Formation.

Santé publique France, « Troubles musculo-squelettiques dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale : mieux connaître les facteurs de risque pour mieux les prévenir », 2022.

Infirmiers.com, « Prévention des troubles musculo-squelettiques des aides-soignants en EHPAD », données CARSAT 2010 et INVS.

DREES, Études et Résultats n°1365, modèle LIVIA, février 2026 (alourdissement du profil des résidents EHPAD, réutilisé de la Partie 1).

PARTIE 3 — POURQUOI LA FRANCE ?

3.1 Un pays étonnamment absent des circuits mondiaux de recrutement du care

Contrairement à une intuition répandue, la France n'est pas aujourd'hui un pays très engagé dans le recrutement international de personnel soignant et de care — elle en est même l'un des plus en retrait parmi ses voisins directs. Selon l'Ordre national des infirmiers, la France a accueilli en une année récente 384 infirmières à diplôme étranger, contre 532 pour la Belgique, environ 8 340 pour l'Allemagne et 15 224 pour le Royaume-Uni. Rapporté au stock d'infirmiers en exercice, l'OCDE estime que seulement 3 % des infirmières travaillant en France ont un diplôme obtenu à l'étranger, contre 10 % en Allemagne et 13 % en Autriche.

Ce retrait n'est pas dû à une absence de besoin : il tient largement à des obstacles structurels internes. La reconnaissance des diplômes paramédicaux obtenus hors Union européenne reste particulièrement contraignante en France, au point qu'un infirmier diplômé hors du cadre d'équivalence automatique doit généralement reprendre un cursus complet de plusieurs années pour exercer — une exigence qui, selon un responsable du recrutement international cité par la presse professionnelle, décourage la plupart des candidats et les pousse vers la Belgique ou l'Allemagne plutôt que vers la France.

3.2 Un contexte européen de tension généralisée, mais des réponses très inégales

La pénurie de personnel de santé et de care touche l'ensemble de l'Europe, mais avec des stratégies de réponse très différentes d'un pays à l'autre. L'Espagne fait face à des délais d'attente prolongés pour l'accès aux spécialistes, avec près de 850 000 patients en attente d'intervention chirurgicale fin 2023. La Grèce a perdu environ 20 000 médecins entre 2010 et 2018 dans le sillage de la crise économique. En Italie, en Lettonie et en Lituanie, environ 45 % des médecins en exercice ont plus de 55 ans, ce qui annonce une vague de départs à la retraite mal compensée. L'Allemagne, elle, cumule un vieillissement de son propre personnel et un recrutement international déjà ancien et structuré : plus de 35 000 postes médicaux restaient vacants outre-Rhin en 2021 (soit une hausse de 40 % en dix ans), tandis que le pays a lancé des programmes actifs de recrutement de soignants en Amérique latine (programme « Pflegekräfte Lateinamerika », visant jusqu'à 700 recrutements annuels au Brésil, en Colombie et au Mexique) et anticipe un besoin de l'ordre de 260 000 travailleurs étrangers supplémentaires d'ici 2060 pour soutenir son économie.

L'Espagne et l'Autriche recrutent activement des infirmiers en Colombie ; l'Italie a organisé des programmes de mobilité accueillant plusieurs centaines de soignants argentins et paraguayens. La France, à l'inverse, ne dispose d'aucun programme comparable de recrutement international structuré dans le secteur du care à ce jour.

3.3 Un cadre juridique bilatéral franco-indien qui existe déjà, mais reste sous-utilisé

Un point important, souvent ignoré, est que la France dispose déjà d'un accord bilatéral avec l'Inde qui pourrait servir de socle juridique à un projet comme Himalaya Pathways. L'accord de partenariat pour les migrations et la mobilité entre la France et l'Inde, signé le 10 mars 2018 et entré en vigueur le 1er octobre 2021, prévoit notamment un dispositif « jeunes professionnels » ouvert aux 18-35 ans, permettant un

séjour et un emploi salarié en France pour une durée de 6 à 24 mois, sans opposabilité de la situation de l'emploi — c'est-à-dire sans que l'employeur ait à démontrer l'absence de candidat français ou européen disponible pour le poste. Ce dispositif est actuellement plafonné à 500 personnes par an dans chaque sens, un quota que le Sénat lui-même a jugé très inférieur au potentiel réel compte tenu de la taille de la population indienne.

Ce même accord facilite la délivrance de la carte de séjour pluriannuelle « passeport talent » aux ressortissants indiens et prévoit un accord distinct de facilitation de la reconnaissance mutuelle des diplômes, signé le 10 novembre 2018. La France n'accueille aujourd'hui que 9 000 étudiants indiens, contre 13 000 pour l'Allemagne — un écart que le Sénat qualifie explicitement de marge de progrès. Autrement dit, l'architecture juridique bilatérale existe déjà et reste, à ce jour, largement sous-exploitée : c'est un point d'appui concret pour un projet comme Himalaya Pathways, à condition de l'articuler avec les listes de métiers en tension (permettant un régime d'admission au séjour plus favorable, comme cela existe déjà dans les accords comparables signés avec la Géorgie et l'île Maurice).

3.4 Le poids spécifique des territoires ruraux et des déserts médicaux

Le rapport sénatorial de mars 2022 sur la « fracture sanitaire » en France établit que 30,2 % de la population française vivait alors dans une zone qualifiée de désert médical. Cette réalité rurale est le terrain d'application concret d'Himalaya Pathways : les besoins les plus criants en aides-soignants, auxiliaires de vie et personnel d'EHPAD se concentrent précisément dans les territoires où l'attractivité pour les professionnels français eux-mêmes est la plus faible — un problème que ni les revalorisations salariales nationales ni les campagnes de communication généralistes ne suffisent à résoudre, comme le montre la persistance des taux de vacance de poste malgré ces mesures depuis 2022 (cf. Partie 1).

3.5 Pourquoi la France plutôt qu'un autre pays européen : bilan contrasté

Trois éléments plaident en faveur de la France comme terrain d'un projet comme Himalaya Pathways : un besoin quantifié et documenté avec précision (Partie 1) ; un cadre juridique bilatéral franco-indien déjà signé et sous-utilisé, contrairement à des pays comme l'Allemagne où la concurrence pour les mêmes viviers de candidats est déjà installée depuis des années ; et une marge de progression considérable dans le recrutement international, la France partant d'un niveau proche de zéro comparé à ses voisins.

Deux éléments jouent en sens inverse et doivent être pris au sérieux. D'abord, la France recrute en français, alors que la plupart des filières internationales de care (Allemagne, Royaume-Uni, Irlande, pays du Golfe, Japon, Israël) fonctionnent en anglais ou avec des exigences linguistiques plus bas placées — ce qui allonge et renchérit mécaniquement la préparation de chaque candidat (voir Partie 12). Ensuite, la reconnaissance des diplômes paramédicaux reste, à ce jour, le point de friction le plus documenté du système français : c'est un obstacle réel, non un simple irritant administratif, et il conditionne directement la viabilité de toute trajectoire vers le statut d'aide-soignante ou d'infirmière (voir Partie 13).

Le bilan net, à ce stade de l'étude : la France constitue un terrain moins compétitif mais plus ouvert que l'Allemagne ou le Royaume-Uni pour un projet naissant — moins de concurrence institutionnelle sur le même vivier de candidats, mais aussi moins d'infrastructure de recrutement international déjà en place sur laquelle s'appuyer. Himalaya Pathways devrait, dans une large mesure, construire lui-même les briques que l'Allemagne ou le Japon ont déjà bâties depuis dix à vingt ans (voir Parties 8 et 10).

Sources citées dans cette partie (Partie 3)

Actusoins, « Recruter des infirmiers à l'étranger : une dynamique mondiale peu présente en France », 2023.

Espace Infirmier / L'Infirmière n°042, « Recruter des infirmiers à l'étranger... pourquoi ça coince ? », 2024 — données OCDE et flux annuels par pays.

Touteurope.eu, « Face à la pénurie de soignants, un système de santé sous tension en Europe », 2025 — données Espagne, Grèce, Italie, Allemagne.

Entreprendre.fr, « Infirmiers : l'Amérique du Sud au chevet de l'Europe », 2024 — programme Pflegekräfte Lateinamerika.

Blog Santexpat, données sur le recrutement international en Allemagne, 2026.

Sénat, rapport sur l'accord de partenariat pour les migrations et la mobilité France-Inde (I20-618), 2021.

Légifrance, Décret n°2021-1321 du 11 octobre 2021 portant publication de l'accord France-Inde du 10 mars 2018.

Sénat, rapport « Les instruments migratoires internationaux : mettre fin à la cacophonie » (r24-304), 2025.

Direction générale des étrangers en France, « Les accords bilatéraux en matière de mobilité professionnelle ».

Touteurope.eu, données du Sénat sur la fracture sanitaire française (mars 2022).

PARTIE 4 — POURQUOI L'HIMALAYA ORIENTAL INDIEN ?

4.1 Une échelle démographique modeste, à ne pas surestimer

Il faut d'emblée cadrer les ordres de grandeur pour éviter toute survalorisation du vivier. Selon le recensement de 2011 (dernier recensement complet disponible, celui de 2021 ayant été reporté), le district de Darjeeling comptait 1 846 823 habitants et le Sikkim 610 577 habitants. Il ne s'agit donc pas d'un bassin de population comparable aux Philippines (plus de 110 millions d'habitants) ou au Kerala (35 millions), mais d'un vivier régional de taille modeste, cohérent avec l'ambition affichée par Himalaya Pathways de petites cohortes sélectionnées plutôt qu'un flux de masse.

Les indicateurs d'éducation de base sont en revanche solides pour le contexte indien : le taux d'alphabétisation du district de Darjeeling atteint 79,56 % (recensement 2011), et celui du Sikkim 81,42 %, tous deux nettement supérieurs à la moyenne nationale indienne de l'époque. La ville de Darjeeling elle-même affiche un taux d'alphabétisation de 93,9 %.

4.2 Un héritage éducatif anglophone documenté et distinctif

La région bénéficie d'un atout structurel rare en Inde : un maillage ancien d'écoles anglophones de type missionnaire et internat, hérité de la période coloniale, qui a longtemps attiré des familles de toute l'Asie du Sud en quête d'un enseignement anglophone discipliné. Cet écosystème éducatif a produit, génération après génération, un niveau d'anglais chez les jeunes de la région qui reste aujourd'hui largement reconnu comme l'un des plus élevés du pays. Cet atout linguistique ne concerne cependant que l'anglais : aucune donnée fiable n'a été identifiée à ce stade sur la pénétration du français dans la région, qui reste à construire presque intégralement (voir Partie 12).

4.3 Une capacité de formation infirmière et paramédicale déjà installée

Contrairement à l'idée d'un vivier à créer de toutes pièces, la région dispose déjà d'une infrastructure de formation en soins infirmiers. Le Bengale-Occidental compte, selon les recensements de son Conseil des infirmiers, entre 145 et environ 230 établissements de formation GNM (General Nursing and Midwifery, diplôme d'infirmière généraliste de 3 ans et demi), dont 43 établissements publics représentant 2 762 places. Le North Bengal Medical College & Hospital, situé à Darjeeling même, dispose d'une école GNM propre (100 places) ainsi que de filières BSc Nursing. Le Sikkim compte pour sa part 6 établissements de formation en soins infirmiers, dont deux publics.

Cette infrastructure a une conséquence directe et positive pour Himalaya Pathways : le projet n'a pas besoin de créer un système de formation infirmière ex nihilo dans la région — il peut s'appuyer sur une filière GNM déjà opérationnelle, reconnue par le Conseil indien des infirmiers, et chercher à établir des partenariats avec des établissements existants pour orienter une partie de leurs diplômées vers une préparation complémentaire (français, culture professionnelle française, procédures d'équivalence) plutôt que de partir de zéro. À noter : la filière GNM du Bengale-Occidental est, selon les règles d'admission relevées, réservée aux candidates femmes — une contrainte qui aligne structurellement le vivier régional avec le profil très majoritairement féminin recherché dans le care en France, mais qui limite d'emblée le projet aux profils féminins pour cette filière spécifique.

4.4 Des facteurs de départ (push factors) solidement documentés

La littérature académique et journalistique récente sur la région converge sur un diagnostic de sous-emploi structurel des jeunes diplômés, indépendant de la question migratoire vers la France. L'industrie du thé, longtemps seule industrie organisée du district de Darjeeling (environ 87 domaines, employant historiquement 50 000 travailleurs permanents et faisant vivre 200 000 personnes à leur charge), traverse une crise durable : fermetures de domaines depuis 2015, mécanisation partielle de la cueillette, et un choc politique majeur avec la fermeture de cinq mois liée au mouvement du Gorkhaland en 2017, dont le secteur ne s'est jamais pleinement remis face à la concurrence du thé népalais moins cher.

Cette crise économique locale se traduit par un phénomène de sur-migration éducative bien identifié : les jeunes diplômés de la région, dont l'offre de formation dépasse largement l'offre d'emplois qualifiés locaux, migrent massivement vers Bangalore, Delhi, Pune, Mumbai et Kolkata, ainsi que, pour des raisons de proximité linguistique et culturelle, vers Katmandou au Népal. Une étude universitaire documente explicitement le phénomène des « jeunes hommes éduqués au chômage » (educated unemployed young men) dans le Darjeeling contemporain. Un article récent (2026) relayant les échanges entre la jeunesse locale et des responsables politiques indiens confirme que la question de l'exode des jeunes reste un sujet de préoccupation direct et assumé localement, l'enseignement supérieur de la région restant limité et poussant la majorité des étudiants à partir après le lycée.

Cette dynamique constitue, du point de vue de la faisabilité d'Himalaya Pathways, un signal favorable : la région produit déjà, année après année, un flux de jeunes diplômés qualifiés qui migrent par nécessité économique vers des destinations plus lointaines et souvent moins protectrices (informalité, discrimination documentée dans certaines métropoles indiennes) que ne le serait une trajectoire préparée vers la France.

4.5 Une culture du travail féminin et du service déjà ancrée

Deux atouts culturels transversaux méritent d'être relevés. D'une part, la région a une longue tradition de travail féminin organisé : les femmes constituent près de 60 % de la main-d'œuvre des plantations de thé, ce qui traduit une norme sociale de participation féminine au marché du travail plus affirmée que dans une grande partie de l'Inde. D'autre part, le tourisme constitue un pilier économique local de longue date (thé, montagne, patrimoine colonial), ce qui a diffusé dans la population une expérience — certes inégale et à ne pas surestimer — de relation de service à une clientèle extérieure, dans l'hôtellerie et la restauration notamment. Cette expérience ne se substitue en rien à une formation au soin à la personne, mais elle constitue un terreau relationnel non négligeable pour la préparation culturelle des candidates.

4.6 Ce que cette partie ne permet pas encore d'affirmer — données manquantes

Il est important, conformément à l'exigence de rigueur du projet, de nommer explicitement les limites de ce qui précède. Aucune donnée chiffrée fiable n'a été identifiée sur : le taux de chômage précis des jeunes diplômés de la région (par opposition au diagnostic qualitatif, solidement documenté, de sous-emploi) ; le nombre exact de personnes formées chaque année aux métiers du soin à la personne au sens français (aide-soignante, auxiliaire de vie — des métiers qui n'ont pas d'équivalent réglementaire direct dans le système indien, structuré autour du GNM et de l'ANM) ; le niveau réel d'anglais mesuré par des tests standardisés plutôt que par une réputation régionale ; et la pénétration, même marginale, de la langue

française dans la région. Ces données devront faire l'objet d'enquêtes de terrain spécifiques, détaillées en Partie 18.

Sources citées dans cette partie (Partie 4)

Census of India 2011 / census2011.co.in, données démographiques et d'alphabétisation, districts de Darjeeling et du Sikkim.

Wikipedia, « Demographics of Darjeeling », section migration, consultée 2026 (à recouper avec des sources académiques primaires dans une version ultérieure).

Sikshapedia / MyNursingAdmission / Webexam.in / GetMyUni, listes des établissements de formation GNM/ANM au Bengale-Occidental et au Sikkim, 2025-2026.

Indian Nursing / India MyNursing.net, décompte des collèges GNM publics au Bengale-Occidental.

Admission Nursing, fiche du College of Nursing, North Bengal Medical College & Hospital, Darjeeling.

Indian Republic, « Where the Himalayas Whisper in English: Darjeeling's Youth Stand Between Memory, Migration and a Waiting Horizon », février 2026.

Matters India, « Darjeeling tea estates face migration, women's wage struggles », mars 2026.

Sikkim Project, « Tea Estates to Tea Tourism: Darjeeling's Changing Landscape », 2024.

Darjeeling Heritage, « History of Education and Educational Legacy in the Darjeeling hills », 2023.

ResearchGate, « Young Men, Education and Ethnicity in Contemporary Darjeeling ».

ResearchGate, « An Analysis of Out-Migration and Its Socio-Economic Impacts: Chongtong Tea Estate », 2026.

PARTIE 5 — COMPARAISON AVEC D'AUTRES VIVIERIS MONDIAUX DU CARE

5.1 Philippines : le modèle industriel, ses succès et sa crise actuelle

Les Philippines constituent la référence historique absolue en matière d'exportation organisée de personnel de soin. Le pays a signé des accords bilatéraux avec 22 pays et exporté plus de 92 000 infirmières entre 2000 et 2017. Selon le ministère philippin de la Santé, 316 000 infirmières diplômées — soit environ 51 % du total des infirmières inscrites au registre national — avaient migré à l'étranger en 2021, principalement vers les États-Unis, qui comptent à eux seuls environ 130 000 infirmières formées aux Philippines. Les envois de fonds des seules infirmières représentent environ 8 milliards de dollars par an, soit un quart de l'ensemble des transferts de fonds des travailleurs philippins expatriés.

Ce modèle, souvent cité en exemple, montre aujourd'hui ses limites internes : le ministère philippin de la Santé estime la pénurie domestique d'infirmières à environ 190 000 postes, et une étude relève que sur 867 974 professionnels de santé philippins recensés en 2018, seuls 22 % restaient effectivement en poste dans le pays. L'expansion rapide d'écoles d'infirmières orientées vers le marché international a par ailleurs entraîné une baisse de la qualité de formation et des taux de réussite aux examens nationaux. Les Philippines illustrent donc à la fois la viabilité d'une stratégie migratoire assumée à l'échelle nationale et le risque d'épuisement du système de santé domestique lorsque l'export dépasse un certain seuil — un repère utile pour calibrer les ambitions d'Himalaya Pathways à une échelle volontairement modeste.

5.2 Kerala : le modèle indien de référence, en pleine mutation

Le Kerala est, au sein même de l'Inde, l'État de référence en matière de culture migratoire organisée, avec environ 2,3 millions de Keralais non-résidents recensés et des transferts de fonds représentant à eux seuls plus de 15 % de l'ensemble des transferts reçus par l'Inde. Le profil de cette migration change cependant rapidement : selon l'enquête Kerala Migration Survey 2023, la part des pays du Golfe dans les destinations est passée de 89,2 % en 2018 à 80,5 % en 2023, tandis que la migration étudiante et qualifiée progresse fortement (les émigrantes diplômées de l'enseignement supérieur représentent désormais 71,5 % des femmes migrantes, contre 34,7 % pour les hommes) et que le Royaume-Uni, via son accord de partenariat migratoire signé avec l'Inde en 2021, capte une part croissante des transferts de fonds.

Le Kerala démontre qu'un vivier régional indien peut atteindre une échelle et une sophistication considérables en une génération, mais aussi que la concurrence pour ce même vivier est déjà intense (Golfe, Royaume-Uni, et de plus en plus les pays occidentaux) — ce qui, en creux, renforce l'intérêt de chercher un vivier alternatif comme l'Himalaya oriental, encore peu disputé par les circuits établis.

5.3 Népal : la trajectoire la plus proche géographiquement et culturellement, mais la plus désordonnée

Le Népal est le pays le plus proche de l'Himalaya oriental indien par la langue (le népalais est la langue majoritaire des Gorkhas de Darjeeling et du Sikkim), la culture et la géographie. Sa migration de travail a connu la plus forte progression d'Asie récemment : le nombre de travailleurs népalais partis à l'étranger a augmenté de 102 % entre 2019 et 2023, la Malaisie et les pays du Golfe restant les destinations dominantes. Mais cette migration reste très majoritairement non qualifiée (environ 74 % des permis de travail délivrés concernent des postes classés « non qualifiés ») et informelle — des chercheurs estiment

que le volume réel des transferts de fonds pourrait être dix à vingt fois supérieur aux statistiques officielles, une bonne partie de la migration échappant à tout encadrement. Une migration infirmière qualifiée existe néanmoins et progresse : environ 1 000 infirmières népalaises ont migré vers le Royaume-Uni entre 2000 et 2008, et le Népal a depuis signé des accords formels de migration temporaire d'infirmières avec le Royaume-Uni et Israël.

Le contraste avec l'Himalaya oriental indien est instructif : le Népal dispose d'un vivier bien plus vaste mais nettement moins structuré et moins protégé juridiquement (migration informelle dominante, cas documentés d'exploitation). L'Himalaya oriental indien, plus petit, bénéficie en revanche d'un cadre juridique de départ plus solide via la citoyenneté indienne et l'accord bilatéral France-Inde déjà existant (Partie 3).

5.4 Afrique francophone (Maroc, Tunisie, Madagascar) : l'avantage de la langue contre l'avantage de la demande domestique

Les pays d'Afrique francophone présentent un avantage linguistique immédiat qu'aucune région indienne ne peut égaler à court terme : à Madagascar, l'intégralité de la formation infirmière est dispensée en langue française. Ce vivier reste cependant à nuancer sur deux points. D'abord, la demande domestique de soignants dans ces pays est elle-même en forte croissance : le Maroc compte aujourd'hui environ 45 000 aides-soignants en exercice pour un déficit estimé à 10 000-15 000 postes par rapport aux standards de l'Organisation mondiale de la santé, porté par l'essor rapide des cliniques privées — ce qui réduit mécaniquement le surplus disponible pour l'exportation. Ensuite, le cadre réglementaire français lui-même limite fortement, depuis 2012, la porte d'entrée la plus intuitive : les infirmiers diplômés hors Union européenne ne peuvent plus obtenir d'autorisation d'exercer comme aide-soignant ou auxiliaire de puériculture en France, ce qui signifie qu'un infirmier marocain, tunisien ou malgache doit emprunter la voie longue et sélective de la reconnaissance de diplôme (commission régionale puis nationale, 12 à 18 mois) plutôt qu'une passerelle rapide vers l'aide-soignance.

Cette dernière contrainte réglementaire s'applique de la même façon, qu'il s'agisse d'un candidat francophone ou anglophone hors UE — elle n'avantage donc pas les viviers francophones autant qu'on pourrait le penser sur le segment aide-soignant/auxiliaire de vie, qui constitue le cœur de cible d'Himalaya Pathways plutôt que le segment infirmier. Sur ce segment spécifique, l'avantage francophone se limite essentiellement à la préparation linguistique, non à un accès réglementaire facilité.

5.5 Europe de l'Est : un vivier déjà largement épuisé par l'Europe de l'Ouest elle-même

Les pays d'Europe de l'Est (Roumanie, Pologne, Moldavie, Albanie) constituent historiquement le premier vivier de recrutement pour l'Allemagne et l'Autriche, mais ce vivier est déjà en grande partie capté : la Moldavie, l'Albanie et la Roumanie sont elles-mêmes décrites comme fortement affectées par l'émigration de leurs propres professionnels de santé vers l'Europe occidentale (voir Partie 3). Ce vivier ne représente donc pas, pour un projet naissant comme Himalaya Pathways, une opportunité réaliste : la concurrence y est ancienne, intense, et intra-européenne (libre circulation), ce qui rend la position d'un nouvel entrant structurellement défavorable.

5.6 Conclusion comparative : où se situe l'Himalaya oriental indien

Sur cinq critères — taille du vivier, niveau d'anglais, culture migratoire préexistante, cadre juridique d'accès à la France, et degré de concurrence internationale déjà installée — l'Himalaya oriental indien occupe une position singulière : plus petit que les Philippines, le Kerala ou le Népal, mais moins disputé ; moins francophone nativement que Madagascar, mais avec un meilleur niveau d'anglais de départ (utile pour l'apprentissage du français, voir Partie 12) et un cadre juridique bilatéral déjà signé avec la France ; plus structuré juridiquement que le Népal, mais sans la profondeur de diaspora organisée du Kerala. Cette position intermédiaire n'en fait ni le vivier le plus évident, ni un choix arbitraire : c'est un pari raisonné sur une niche encore ouverte, cohérent avec l'ambition de petites cohortes affichée par le projet plutôt qu'avec une stratégie de volume.

Sources citées dans cette partie (Partie 5)

ScienceDirect, « Filipino nurse migration to the UK », 2021 — données Philippines Statistics Authority.

BusinessMirror, « Nursing shortage and nurse migration », août 2025 — données Department of Migrant Workers et Department of Health, Philippines.

Harvard International Review, « The Mass Emigration of Filipino Nurses to the United States », 2024.

Migration Policy Institute, « Aging Societies Rely on Immigrant Health-Care Workers », 2024.

PMC, « Outmigration and unequal distribution of Filipino physicians and nurses », étude sur les effectifs 2018.

The Wire, « Gulf Dreams to Global Pathways: How Kerala's Migration Economy Transitioned », Kerala Migration Survey 2023.

Wikipedia, « Migrant labourers in Kerala ».

Springer, « Labour Migration from Nepal: Trends and Explanations ».

ILO, communiqué sur la hausse de 102 % de la migration de travail népalaise 2019-2023.

ResearchGate, « Foreign Labor Migration and the Remittance Economy of Nepal ».

Jobsquare.ma, « Aide-soignant au Maroc en 2026 », données ISPITS et marché privé.

Infirmiers.com, « Panorama de la profession d'infirmier en Afrique (Rwanda, Madagascar, Maroc) ».

StaffSanté / StaffSocial, cadre réglementaire français pour les infirmiers et aides-soignants diplômés hors UE, restriction de mai 2012.

Démarches Étrangers, procédure CRAE/CNAE de reconnaissance des diplômes infirmiers hors UE.

PARTIE 6 — CARTOGRAPHIE MONDIALE DES MIGRATIONS DU CARE

6.1 Royaume-Uni : la leçon d'un boom suivi d'un effondrement politique brutal

Le cas britannique est le plus instructif de tous pour Himalaya Pathways, car il montre à quelle vitesse une politique d'ouverture au recrutement international du care peut se retourner. Après l'ouverture du visa Health and Care aux aides à domicile et aides-soignants (« care workers ») en février 2022, le Royaume-Uni a connu une explosion des arrivées : près de 78 000 visas de long séjour délivrés dans le secteur social entre juin 2022 et juin 2023, et jusqu'à 146 000 arrivées sur l'ensemble de la filière Health and Care Worker en 2023, portée notamment par l'Inde (33 % des « care workers » sponsorisés en 2022, et 46 % des infirmières), le Nigeria, le Zimbabwe et les Philippines.

Ce boom s'est accompagné de dérives documentées — frais de recrutement illégaux, confiscation de passeports, logements insalubres, heures supplémentaires non payées — qui ont conduit le gouvernement britannique à durcir brutalement la politique à partir de fin 2023 : interdiction pour les aides-soignants de faire venir leur famille (mars 2024), obligation d'enregistrement des employeurs sponsors auprès du régulateur qualité (CQC), relèvement du salaire minimum requis. Résultat : une chute d'environ 90 % du nombre de visas délivrés aux aides-soignants entre 2023 et 2024, avec moins de 2 000 visas accordés au dernier trimestre 2024 contre plus de 20 000 un an plus tôt. Deux enseignements directs pour Himalaya Pathways : d'abord, l'Inde constitue déjà, pour le Royaume-Uni, le tout premier pays fournisseur de personnel de care — preuve que le vivier indien est mobilisable à grande échelle et déjà éprouvé sur ce type de filière ; ensuite, un dispositif construit sans garde-fous suffisants contre l'exploitation s'expose à un retournement politique violent, ce qui plaide pour une architecture de petites cohortes encadrées plutôt que pour une ouverture de masse rapide, comme le projet Himalaya Pathways le prévoit déjà dans sa conception.

6.2 Synthèse comparative des grandes filières nationales de recrutement du care

- Allemagne : la filière la plus structurée d'Europe continentale, environ 10 % d'infirmiers à diplôme étranger, programmes actifs en Amérique latine, ~260 000 travailleurs étrangers supplémentaires anticipés d'ici 2060 (détail en Partie 10).
- Royaume-Uni : la plus grande filière volumique récente d'Europe, aujourd'hui interrompue par un choc politique — l'Inde en est le premier pays fournisseur, aussi bien pour les infirmières que pour les aides-soignants.
- Japon : filière ancienne et très sélective (programmes EPA, Specified Skilled Worker), fondée sur des accords bilatéraux avec les Philippines, l'Indonésie, le Vietnam (détail en Partie 8).
- Israël : forte présence de caregivers originaires des Philippines, du Népal et d'Inde, filière ancienne mais peu formalisée juridiquement pour l'Inde à ce jour (détail en Partie 9).
- Irlande : dépendance croissante à l'immigration dans le care, avec une part importante de travailleurs indiens et philippins (détail en Partie 11).
- France : quasiment absente de ce paysage à ce jour (voir Partie 3), ce qui la place en dehors de la compétition la plus intense pour ces mêmes viviers.

6.3 Ce que cette cartographie enseigne à Himalaya Pathways

Trois enseignements transversaux se dégagent de ce tour d'horizon. Premièrement, l'Inde est déjà, à l'échelle mondiale, un pays fournisseur de personnel de care de tout premier plan (Royaume-Uni, Golfe, en partie Israël) — l'hypothèse d'un vivier indien mobilisable n'est donc pas spéculative, elle est démontrée ailleurs à grande échelle. Deuxièmement, aucun pays cité ci-dessus n'a construit sa filière avec l'Himalaya oriental indien spécifiquement : les filières existantes puisent dans d'autres bassins indiens (Kerala en tête) ou d'autres pays d'Asie du Sud — la niche envisagée par Himalaya Pathways est donc réellement inoccupée à ce stade, plutôt qu'un segment déjà disputé. Troisièmement, l'histoire récente du Royaume-Uni démontre qu'un dispositif de recrutement international dans le care est politiquement fragile s'il n'intègre pas, dès sa conception, des protections robustes contre l'exploitation et un discours public assumé de petite échelle — deux principes déjà présents dans la formulation initiale du projet Himalaya Pathways (petites cohortes, sélection rigoureuse, accompagnement complet).

Sources citées dans cette partie (Partie 6)

Migration Observatory (Université d'Oxford), « Migration and the health and care workforce », données 2022-2023.

House of Commons Library, « Visas for social care workers », octobre 2023.

Migration Yorkshire, « The Health and Care Worker Visa », 2025 — données ONS et Home Office 2023.

The Health Foundation, « What has happened to international recruitment in social care? », données 2024.

Right to Remain, « A System That Used Overseas Carers — And Is Now Pushing Them Out! », 2025.

PARTIE 7 — LANGUES ET CONTEXTE SOCIOCULTUREL DES PAYS SOURCES

Cette partie synthétise, pour les principaux pays sources déjà rencontrés dans les Parties 5 et 6, les éléments linguistiques et de contexte général utiles à la conception d'Himalaya Pathways. Conformément au cadrage du projet, la religion n'est mentionnée ici qu'à titre de contexte statistique général du pays d'origine — jamais comme donnée attribuée à un individu ou un candidat particulier.

- Philippines : langue nationale tagalog, anglais deuxième langue officielle et langue d'enseignement supérieur quasi générale — c'est l'atout central du modèle philippin de migration du care. Contexte religieux majoritaire : christianisme (majoritairement catholique).
- Inde (Kerala) : malayalam langue régionale, anglais très largement maîtrisé dans l'enseignement supérieur et médical, hindi peu parlé localement. Contexte religieux mixte (hindouisme majoritaire, minorités chrétiennes et musulmanes significatives selon les districts).
- Inde (Himalaya oriental — Darjeeling, Kalimpong, Sikkim) : népalais (langue gorkha) et bengali dominants à l'oral, anglais fort à l'écrit et à l'école du fait de l'héritage missionnaire (voir Partie 4), français quasiment absent. Contexte religieux mixte (hindouisme, bouddhisme tibétain, christianisme minoritaire mais historiquement significatif du fait des écoles missionnaires).
- Népal : népalais langue nationale, anglais présent mais moins généralisé qu'au Bengale-Occidental/Sikkim, système de formation infirmière (ANM/CMA) reconnu localement mais pas automatiquement à l'étranger. Contexte religieux majoritairement hindouiste et bouddhiste.
- Maroc, Tunisie, Algérie : arabe langue nationale, français langue seconde très largement maîtrisée dans l'enseignement supérieur et le secteur de santé — l'atout linguistique le plus direct pour une filière française parmi tous les pays cités ici. Contexte religieux majoritairement musulman.
- Madagascar : malgache langue nationale, français langue d'enseignement de la filière infirmière dans son intégralité (voir Partie 5) — cas le plus favorable linguistiquement pour la France. Contexte religieux mixte (christianisme majoritaire, croyances traditionnelles malgaches).
- Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun : français langue officielle et d'enseignement, systèmes de formation paramédicale historiquement proches du modèle français. Contexte religieux mixte selon le pays (majorité musulmane au Sénégal, mixte en Côte d'Ivoire et au Cameroun).
- Comores : français et arabe langues officielles aux côtés du comorien, système éducatif partiellement francophone. Contexte religieux très majoritairement musulman.
- Pologne, Roumanie, Ukraine, Balkans : anglais et allemand davantage maîtrisés que le français dans le secteur de santé, systèmes de formation déjà alignés sur les standards européens (reconnaissance UE automatique pour les pays membres). Contexte religieux majoritairement chrétien (catholique en Pologne, orthodoxe en Roumanie et dans les Balkans, mixte en Ukraine).

Un enseignement transversal se dégage de cette synthèse : sur l'ensemble des viviers étudiés, seuls Madagascar et, dans une moindre mesure, le Maroc, la Tunisie et l'Afrique de l'Ouest francophone disposent d'un système de formation paramédicale déjà dispensé en français. L'Himalaya oriental indien n'a, à l'inverse, aucun avantage francophone de départ — son atout est un très bon niveau d'anglais et une infrastructure de formation infirmière anglophone déjà solide (Partie 4), ce qui suppose un effort de formation en français significativement plus long que pour un candidat malgache, marocain ou sénégalais (voir Partie 12 pour le chiffrage précis de cet effort).

Sources citées dans cette partie (Partie 7)

Synthèse des sources déjà citées aux Parties 4 et 5 (Census of India, Darjeeling Heritage, Infirmiers.com — panorama Afrique) ; données linguistiques générales recoupées via CIA World Factbook et Ethnologue pour les pays non détaillés dans les parties précédentes.

PARTIE 8 — ÉTUDE DÉTAILLÉE DU JAPON

8.1 Une filière ancienne, sélective et volontairement modeste en volume

Le Japon a ouvert sa filière de recrutement international dans le soin et le care via des accords de partenariat économique (EPA) avec l'Indonésie (2008), les Philippines (2009) et le Vietnam (2014). Fait rarement souligné : ce dispositif n'a officiellement pas pour objectif premier de résoudre la pénurie de personnel — il vise d'abord à renforcer les liens économiques bilatéraux, la réponse à la pénurie n'étant qu'un effet secondaire assumé. En cumulé depuis 2008, un peu plus de 5 000 candidats EPA ont été accueillis au total dans le secteur du care, soit un flux annuel moyen très faible au regard des besoins japonais, estimés par le ministère de la Santé à 2,53 millions de travailleurs du care nécessaires d'ici 2025. Cet écart entre l'ampleur du besoin et la modestie du dispositif EPA illustre une philosophie de recrutement délibérément qualitative plutôt que quantitative — un principe directement transposable à l'ambition de petites cohortes d'Himalaya Pathways.

8.2 Une barrière linguistique extrême, qui doit servir de repère

Le dispositif japonais impose une préparation linguistique en deux temps : six mois de formation en japonais dans le pays d'origine, puis six mois supplémentaires au Japon (sauf pour les candidats disposant déjà d'un niveau JLPT N2, un niveau avancé). Malgré cet effort, les taux de réussite à l'examen national restent nettement inférieurs pour les candidats EPA que pour l'ensemble des candidats japonais : le taux de réussite national à l'examen d'infirmier avoisine 90 % et celui de l'examen de care worker certifié environ 70 %, mais les candidats EPA obtiennent des résultats significativement plus bas, la cause principale étant la difficulté d'acquisition du japonais — une langue à écriture spécifique combinant deux syllabaires et des idéogrammes d'origine chinoise. Les candidats vietnamiens, soumis à des critères d'entrée plus stricts dans leur pays d'origine, obtiennent des taux de réussite supérieurs aux candidats indonésiens et philippins.

Ce cas est un repère précieux pour Himalaya Pathways : la difficulté du japonais (écriture non alphabétique) est objectivement supérieure à celle du français (alphabet latin, déjà partiellement familier via l'anglais) pour un candidat de l'Himalaya oriental — ce qui suggère qu'un objectif de niveau B1-B2 en français sur 12 à 18 mois, avec sélection rigoureuse en amont à l'image du modèle vietnamien au Japon, est une ambition réaliste plutôt qu'optimiste (voir Partie 12).

8.3 Rétention et évolution du statut

Les candidats EPA qui échouent à l'examen en fin de séjour peuvent, selon les cas, bénéficier d'une prolongation d'un an pour retenter l'examen, ou basculer vers le statut de « travailleur à compétences spécifiques » (Specified Skilled Worker), créé en 2019 spécifiquement pour élargir les voies d'accès au marché du travail japonais du care sans passer par la qualification complète. Le programme SSW visait initialement 60 000 caregivers supplémentaires sur cinq ans. Les employeurs japonais interrogés dans le cadre d'enquêtes ministérielles se déclarent très majoritairement favorables à la poursuite de l'accueil de travailleurs EPA (79 % des établissements déjà utilisateurs), et la qualité de service perçue par les résidents et leurs familles est jugée égale ou supérieure à celle des employés japonais dans les enquêtes de satisfaction disponibles.

8.4 Enseignements pour Himalaya Pathways

Trois enseignements se dégagent du cas japonais. D'abord, un dispositif bilatéral peut rester délibérément modeste en volume (quelques centaines de candidats par an au maximum) tout en constituant, sur quinze à vingt ans, une filière crédible et pérenne — un modèle d'échelle beaucoup plus proche de l'ambition affichée par Himalaya Pathways que le modèle britannique ou philippin. Ensuite, une sélection stricte en amont (illustrée par le meilleur taux de réussite des candidats vietnamiens) améliore significativement les résultats en aval, ce qui plaide pour un investissement fort dans la sélection initiale plutôt que dans le volume de candidats retenus. Enfin, la satisfaction des bénéficiaires de soins vis-à-vis du personnel étranger, documentée de façon indépendante, contredit une inquiétude parfois anticipée par les porteurs de ce type de projet : elle suggère que la barrière culturelle, correctement préparée en amont, n'est pas un obstacle à la qualité perçue du soin.

Sources citées dans cette partie (Partie 8)

The Japan Foundation, « Japanese-Language Pre-training Program for Indonesian and Filipino Candidates for Nurses and Certified Care Workers under EPA ».

Tricruise Marketing Indonesia, « Current Status and Challenges of Accepting Indonesian Nurse and Certified Care Worker Candidates through the EPA Framework », 2025.

Tokhimo, « How to be Caregiver/Care Worker (Kaigo) in Japan », 2025 — projection MHLW de 2,53 millions de travailleurs du care nécessaires d'ici 2025.

Japan Care Worker Guide, « Specified Skilled Worker », ministère japonais de la Santé, du Travail et des Affaires sociales (MHLW).

IMS Legal Professional Corporation, « Qualifications Related to Care Work and Their Respective Systems », 2025.

Institute of East Asian Studies (Berkeley), « Who Cares for Japan's Aging Society? », 2022.

PMC, « South-East Asian Nurses' Experiences Under the EPA in Japan: How Language Ability Affects Self-Confidence », étude qualitative.

MHLW, enquête FY2018 sur l'accueil des travailleurs étrangers du care, taux de satisfaction des bénéficiaires.

PARTIE 9 — ÉTUDE DÉTAILLÉE D'ISRAËL

9.1 Un système ancien, aujourd'hui structuré autour d'accords de gouvernement à gouvernement

Israël compte aujourd'hui entre 65 000 et 70 000 travailleurs étrangers employés légalement comme caregivers à domicile, ce qui en fait l'une des catégories de travailleurs étrangers les plus importantes du pays. La migration de caregivers, amorcée dès 1988, s'est structurée à partir de l'an 2000 avec l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance dépendance de longue durée (Long Term Care Insurance Law). Après une longue période dominée par des agences de placement privées — génératrice de frais de recrutement très élevés et de situations d'endettement des travailleurs — une décision de la Cour suprême israélienne en décembre 2018 a ouvert la voie à des accords bilatéraux de gouvernement à gouvernement (G2G), désormais présentés comme la norme.

9.2 L'Inde est déjà un pays partenaire officiel d'Israël pour le care

C'est le point le plus directement exploitable pour Himalaya Pathways : Israël a signé des accords G2G de placement de caregivers avec les Philippines, le Népal, le Sri Lanka et l'Inde. Sous ce dispositif, l'autorité du travail du pays d'origine sélectionne et place directement le caregiver, sans passer par une agence privée, ce qui élimine en théorie les frais de recrutement abusifs. Le traitement G2G prend généralement 5 à 7 mois — plus long que la voie privée, mais sans dette de recrutement pour le travailleur. Le Népal, pour ne prendre que cet exemple, a ouvert en 2026 un contingent de 2 300 postes de caregivers pour les centres de soins de longue durée en Israël, avec 60 % des places réservées aux femmes et un salaire mensuel d'environ 6 443 shekels (environ 347 000 roupies népalaises). Les critères d'éligibilité népalais incluent notamment une formation ANM (Auxiliary Nurse Midwife) d'au moins 15 mois ou une formation courte de caregiver reconnue, ainsi qu'un test d'anglais imposé par Israël — un profil de candidat très proche de celui envisagé par Himalaya Pathways pour l'Himalaya oriental indien.

Le premier contingent de travailleurs népalais recrutés via ce canal G2G est arrivé en Israël début 2025, sélectionné par tirage au sort parmi les candidats éligibles — un mécanisme qui, bien que jugé transparent, illustre aussi une limite du modèle collectif par contingent national plutôt que par sélection individuelle fine, à l'inverse de ce qu'envisage Himalaya Pathways.

9.3 Un cadre juridique protecteur sur le papier, mais des risques documentés

Malgré la réforme de 2018, des organisations de défense des droits des travailleurs (Kav LaOved notamment) continuent de documenter des violations réelles : frais de recrutement informels malgré l'interdiction, statut légal du travailleur lié à l'employeur (un caregiver perdant son emploi devient rapidement en situation irrégulière, sauf exceptions), interdiction de fonder une famille sur place, horaires de travail très lourds (résidence chez l'employeur, jusqu'à sept jours sur sept). Environ un tiers des caregivers en Israël proviennent des Philippines, qui restent le premier pays fournisseur malgré la diversification vers le Népal, le Sri Lanka et l'Inde.

9.4 Enseignements pour Himalaya Pathways

Le cas israélien démontre concrètement qu'un accord bilatéral gouvernement-à-gouvernement pour le placement de caregivers indiens existe déjà ailleurs et fonctionne à une échelle significative — ce qui invalide l'idée qu'un tel modèle serait trop complexe à mettre en place avec la France. Il montre aussi, en creux, les protections minimales qu'un projet comme Himalaya Pathways devrait intégrer dès sa conception pour ne pas reproduire les dérives documentées en Israël : rémunération versée par virement bancaire traçable et non en espèces, statut légal du travailleur non intégralement dépendant d'un employeur unique, et plafonnement clair des déductions liées au logement et à la nourriture — des protections d'autant plus faciles à intégrer en France que le droit du travail français encadre déjà strictement ces éléments pour tout salarié, y compris étranger.

Sources citées dans cette partie (Partie 9)

IsraelLaw.info, « Foreign Caregiver Visa Israel: B/1 Work Permit for Home Care Workers », 2026.

Center for the Humanities (Washington University), « Home Work: Inside the Lives of Migrant Caregivers in Palestine/Israel », 2024.

Kathmandu Post, « Applications open for 2,300 caregiver jobs in Israel », mai 2026.

Kathmandu Post, « First batch of 1,000 Nepali auxiliary workers to depart for Israel », février 2025.

Kav LaOved (Workers Hotline), « Caregivers », page dédiée aux droits des travailleurs migrants en Israël.

Ministère israélien des Affaires étrangères, procédure de visa de travail pour caregivers.

Bituach Leumi (Institut national d'assurance israélien), « Employing a foreign worker as a caregiver ».

PARTIE 10 — ÉTUDE DÉTAILLÉE DE L'ALLEMAGNE

10.1 Triple Win : le modèle de référence européen

Le programme Triple Win, lancé en 2013, est une coopération entre l'Agence fédérale allemande pour l'emploi (Bundesagentur für Arbeit, via son service international ZAV) et l'agence de coopération internationale GIZ. Il constitue aujourd'hui la filière de recrutement international du soin la plus structurée d'Europe continentale, avec plus de 4 500 infirmiers placés auprès d'employeurs allemands depuis son lancement, dont environ 3 100 déjà en poste. Le programme travaille exclusivement avec des pays présentant, selon les règles de l'Organisation mondiale de la santé, un surplus de personnel infirmier formé : les Philippines, la Tunisie, l'Indonésie, la Bosnie-Herzégovine, et les États indiens du Kerala et du Telangana.

Fait notable pour Himalaya Pathways : l'Inde est déjà un pays partenaire officiel du programme Triple Win, mais uniquement via le Kerala et le Telangana — l'Himalaya oriental indien n'y figure pas. Plus de 8 800 infirmiers indiens exerçaient en Allemagne fin 2024, un nombre en croissance rapide.

10.2 Un parcours long mais balisé, avec des résultats mesurés

Le parcours Triple Win comprend une formation en allemand jusqu'au niveau B1 dans le pays d'origine (4 à 6 mois pour atteindre A2, puis B1-B2 une fois en Allemagne, soit un total réaliste de 12 à 14 mois du début du processus à la première prise de poste reconnue), suivie d'une procédure de reconnaissance des qualifications (Anerkennung) prenant en moyenne 10 mois. Une évaluation de 2018 a montré qu'après deux ans, plus de 80 % des infirmiers placés via Triple Win étaient toujours en poste chez leur employeur initial, et que la quasi-totalité avait obtenu la reconnaissance de leur diplôme. L'écart de rémunération constitue un puissant facteur d'attractivité : un infirmier philippin ou indien peut gagner jusqu'à six fois plus en Allemagne que dans son pays d'origine, même avant la reconnaissance complète du diplôme (2 200 à 2 800 € brut mensuels en phase d'adaptation, contre un salaire de départ souvent inférieur à 500 € dans le pays d'origine).

Le besoin allemand reste considérable et croissant : le pays estime avoir besoin d'au moins 150 000 infirmiers supplémentaires d'ici 2040 rien que pour l'accompagnement de la dépendance, un chiffre en augmentation constante avec le vieillissement de la population (jusqu'à 8,2 millions de personnes dépendantes projetées d'ici 2055).

10.3 Ce que la France pourrait reproduire du modèle allemand

Trois éléments du modèle Triple Win sont directement transposables à un projet comme Himalaya Pathways, moyennant adaptation au français : un partenariat institutionnel officiel entre l'agence pour l'emploi du pays d'accueil et l'autorité de l'emploi du pays d'origine (transposable via l'accord France-Inde déjà signé, Partie 3) ; une formation linguistique structurée et financée en amont, avec un palier d'entrée réaliste (A2) suivi d'un perfectionnement en poste plutôt qu'une exigence de B2 complet avant le départ, ce qui réduit le délai avant la première embauche ; et un accompagnement post-arrivée dédié à l'intégration administrative (banque, assurance, démarches), assuré en Allemagne par GIZ et qui pourrait, pour Himalaya Pathways, être assuré par une structure d'accompagnement dédiée plutôt que laissé à la charge de l'employeur seul.

Sources citées dans cette partie (Partie 10)

Global Skill Partnerships (Center for Global Development), « Sustainable Recruitment of Nurses (Triple Win) ».

Réseau des Nations Unies sur les migrations, « Triple Win Programme ».

Make it in Germany (portail officiel du gouvernement fédéral allemand), « Nursing and care professionals from abroad ».

Triple Win Programm (site officiel GIZ/ZAV), pages partenaires et témoignages, 2026.

GIZ, « A win-win-win situation — more nurses for Germany », données Office fédéral allemand de la statistique, projection 2055.

GlobalNurseGuide, « Nursing in Germany 2026: Triple Win, Anerkennung & Salary », données chiffrées 2024-2026 sur les infirmiers indiens en Allemagne.

Y-Axis, « 500,000 Nurses Needed in Germany by 2030. Apply via Triple Win Programme », 2024.

GetGIS, « Triple Win Program Germany 2025 ».

PARTIE 11 — ÉTUDE DÉTAILLÉE DE L'IRLANDE

11.1 Une dépendance croissante et assumée à l'immigration dans le care

L'Irlande recrute activement du personnel de santé et de care à l'étranger, notamment en Inde, aux Philippines et en Afrique du Sud, pour combler des postes dans des spécialités en tension (médecine d'urgence, anesthésiologie, gériatrie) ainsi que des postes d'auxiliaires de soins. Le secteur santé et social a été, avec le secteur des technologies de l'information, le premier bénéficiaire des permis de travail délivrés par l'Irlande en 2024 — année où 39 000 permis de travail ont été accordés sur 42 910 demandes, un taux d'approbation de 91,8 %.

L'Inde est, à ce jour, la toute première nationalité bénéficiaire des permis de travail irlandais : 6 746 permis délivrés à des ressortissants indiens au premier semestre 2024, soit 35 % du total, loin devant le Brésil, les Philippines ou le Pakistan. Cette prééminence indienne dans les flux migratoires professionnels vers l'Irlande, tous secteurs confondus, constitue un signal favorable supplémentaire pour la plausibilité d'un vivier indien mobilisable vers l'Europe occidentale.

11.2 Un cadre d'accès simple et anglophone, comparé à la France

Le régime irlandais est nettement plus simple que le régime français pour un aide-soignant : le poste d'« assistant de soins de santé » (Health Care Assistant) et celui d'« auxiliaire à domicile » (Home Carer) figurent explicitement sur la liste des emplois éligibles au permis général, avec une exigence de qualification de niveau QQI Level 5 (comparable à un CAP/BEP renforcé) — qu'il est possible d'obtenir dans les deux ans suivant la prise de poste plutôt qu'avant le départ. Le seuil de salaire minimum applicable à ces postes (32 691 € par an fin 2025, avec une trajectoire de hausse programmée jusqu'en 2026) est inférieur au seuil général, signe d'un régime dérogatoire favorable spécifiquement pensé pour ce secteur. Le permis initial est valable jusqu'à 24 mois, renouvelable, avec un accès à la résidence de longue durée après 5 ans.

La différence la plus significative avec la France reste linguistique : l'Irlande exige un niveau d'anglais courant (IELTS 6.0-7.0 ou équivalent), une langue déjà largement maîtrisée par les candidats de l'Himalaya oriental indien (Partie 4), alors que la France exige un niveau de français à construire presque intégralement. Ce contraste éclaire un point stratégique : sur le strict plan de la facilité d'accès réglementaire et linguistique, l'Irlande serait un marché plus rapide à investir que la France pour le même vivier de candidats — ce qui renforce l'argument, déjà posé en Partie 3, que le choix de la France par Himalaya Pathways est un pari sur l'absence de concurrence plutôt que sur la facilité d'accès.

11.3 Enseignements pour Himalaya Pathways

Le cas irlandais confirme, comme le cas britannique (Partie 6) et le cas israélien (Partie 9), que l'Inde constitue déjà un vivier de premier plan pour les pays anglophones ou disposant d'un régime d'accès simplifié pour le care. Il suggère aussi, en creux, une piste stratégique optionnelle pour Himalaya Pathways : envisager, en parallèle de la filière France, une passerelle irlandaise pour les candidats dont le niveau de français progresserait plus lentement que prévu — une option à étudier plus avant, mais qui sort du périmètre strict de cette étude centrée sur la France.

Sources citées dans cette partie (Partie 11)

Immigration Advice Service (IAS), « Healthcare Worker Visa Ireland | Employment Permit for Carer », janvier 2026.

Department of Enterprise, Trade and Employment (Irlande), « Health Care Assistant General Employment Permit Checklist ».

Hollilander Recruitment, « The Role of International Healthcare Workers in Ireland's Medical Sector », mars 2025.

SchengenVisaInfo, « 20 Most In-Demand Roles in Ireland for Foreigners Seeking Work Visas », données janvier-juin 2024.

Citizens Information (service public irlandais), « Types of employment permits », mise à jour 2026.

Y-Axis, « Ireland issued 40,000 work permits in 2024 ».

MMA Healthcare Recruitment, « Care Assistants in Ireland », exigences QQI Level 5 et seuils salariaux 2025-2026.

PARTIE 12 — LANGUE ET FORMATION

12.1 Combien de temps pour atteindre A2, B1, B2 ?

Le Cadre européen commun de référence pour les langues (CECRL), sur lequel s'appuient l'Alliance Française et les instituts de langue, fournit des repères standards en heures d'enseignement guidé : environ 100 à 120 heures pour l'A1, 200 heures cumulées pour l'A2, 350 à 400 heures cumulées pour le B1, et 500 à 600 heures cumulées pour le B2. Le passage du seul niveau B1 au niveau B2, pour un apprenant déjà engagé, est jugé réalisable en 4 à 6 mois d'étude intensive et ciblée selon les organismes de préparation aux examens. Ces volumes horaires supposent un enseignement structuré ; l'auto-apprentissage seul nécessite généralement 20 à 30 % de temps supplémentaire, tandis qu'un séjour en immersion en France peut réduire le délai de 30 à 50 %.

Pour un candidat de l'Himalaya oriental indien, ce calcul doit être ajusté favorablement dans deux directions et défavorablement dans une troisième. Favorablement : l'alphabet latin déjà maîtrisé via l'anglais élimine l'obstacle le plus lourd rencontré par les candidats japonais (Partie 8), à savoir l'apprentissage d'un système d'écriture entièrement nouveau. Favorablement également : un niveau d'anglais déjà solide facilite l'acquisition d'un vocabulaire académique et professionnel largement partagé entre les deux langues (nombreux cognats français-anglais, en particulier dans le lexique médical et paramédical). Défavorablement : contrairement aux candidats marocains, tunisiens ou malgaches (Partie 7), aucune familiarité de départ avec le français n'existe dans la région, ce qui signifie un parcours complet d'apprentissage plutôt qu'un perfectionnement.

Sur cette base, un objectif de niveau B1 en 10 à 14 mois de formation intensive (environ 15 à 20 heures hebdomadaires) apparaît réaliste pour des candidats sélectionnés sur leur aptitude aux langues, avec un objectif de B2 atteignable dans un délai supplémentaire de 4 à 6 mois — soit un calendrier total de préparation linguistique de 14 à 20 mois avant un départ vers la France, ou, sur le modèle du programme allemand Triple Win (Partie 10), un départ possible dès le niveau A2 avec poursuite de l'apprentissage du B1/B2 une fois en poste en France sous supervision.

12.2 Coûts de la préparation linguistique

Les certifications DELF (A1 à B2) et DALF (C1-C2), délivrées par le ministère français de l'Éducation nationale, ont une validité permanente — contrairement au TCF, valable deux ans seulement, davantage orienté vers des démarches administratives ponctuelles (naturalisation, Campus France). Les frais d'inscription aux examens DELF/DALF varient selon les centres et les accords locaux avec les autorités du pays d'examen, avec des frais de dossier additionnels généralement compris entre 20 et 30 €. Les cours eux-mêmes, dispensés par un réseau d'Alliances Françaises ou d'instituts partenaires, sont facturés à l'heure ou au semestre selon des tarifs variables par pays d'implantation — un point qui devra être vérifié directement auprès de l'Alliance Française de Kolkata (la plus proche de la région Darjeeling-Sikkim) pour un chiffrage précis adapté au marché indien.

12.3 Organismes de formation et partenariats possibles

L'Alliance Française dispose d'un réseau établi en Inde, notamment à Kolkata, Delhi, Mumbai et Bangalore — la structure de Kolkata étant la plus proche géographiquement de Darjeeling et du Sikkim, bien qu'à plusieurs heures de route. Un partenariat direct avec cette antenne, ou la mise en place d'un module de français intensif délocalisé dans la région même (en lien avec les écoles GNM identifiées en

Partie 4), constituerait une option à explorer en priorité pour réduire les coûts et les contraintes de déplacement des candidates. Le modèle allemand Triple Win, où GIZ organise directement les cours de langue jusqu'au niveau B1 dans le pays d'origine plutôt que de renvoyer les candidats vers des structures existantes, est un précédent directement transposable.

12.4 Le français : obstacle majeur ou défi préparable ?

Au vu des comparaisons internationales rassemblées dans cette étude (barrière du japonais pour les candidats sud-est-asiatiques, Partie 8 ; barrière de l'allemand jugée surmontable en 12-14 mois pour des infirmiers indiens du Kerala, Partie 10), le français ne constitue pas un obstacle d'une nature différente de ceux déjà surmontés ailleurs par des filières comparables — il s'agit d'un investissement de temps et de moyens significatif, mais documenté et budgétisable, plutôt que d'une barrière structurelle. La vraie question stratégique n'est donc pas « le français est-il trop difficile ? » mais « le calendrier de 14 à 20 mois de préparation linguistique est-il compatible avec le modèle économique et le calendrier de recrutement envisagés pour Himalaya Pathways ? » — une question qui relève des scénarios pilotes (Partie 17) plutôt que de cette partie.

Sources citées dans cette partie (Partie 12)

CCFS Sorbonne, « B1, B2 ou C1 : quel niveau de français pour poursuivre des études? », estimations CECRL en heures d'enseignement guidé.

SavoirX, « Combien de temps pour réussir le DELF B2 ? Délais réalistes par niveau (2026) ».

Global Exam, « Quel est le prix et durée de validité du test de français DELF ? ».

Alliance Française (Nice, Los Angeles, Canada), pages tarifs et modalités des examens DELF/DALF, 2026.

Global Skill Partnerships / GIZ, données sur la formation linguistique du programme Triple Win jusqu'au niveau B1 (réutilisées de la Partie 10).

PARTIE 13 — VISAS ET CADRE JURIDIQUE

13.1 Le socle : l'accord France-Inde de 2018 et le dispositif « jeunes professionnels »

Comme établi en Partie 3, la France et l'Inde disposent depuis le 10 mars 2018 (entrée en vigueur le 1er octobre 2021) d'un accord de partenariat pour les migrations et la mobilité prévoyant un dispositif « jeunes professionnels » pour les 18-35 ans (séjour et emploi salarié de 6 à 24 mois, sans opposabilité de la situation de l'emploi, actuellement plafonné à 500 personnes par an) ainsi qu'un accord de facilitation de la reconnaissance mutuelle des diplômes. Ce cadre bilatéral constitue le socle juridique le plus direct pour Himalaya Pathways, mais il devra être articulé avec les règles spécifiques d'exercice des professions réglementées du soin, détaillées ci-dessous, qui relèvent d'un cadre distinct.

13.2 La liste des métiers en tension : une évolution récente très favorable au projet

Un développement réglementaire de 2025-2026, essentiel pour Himalaya Pathways, mérite d'être souligné : l'arrêté du 21 mai 2025 fixant la liste des métiers en tension par région a explicitement intégré les métiers d'aide-soignant, d'auxiliaire de vie sociale et d'aide à domicile, qui n'y figuraient pas systématiquement auparavant. Cette inscription n'est pas un détail technique : figurer sur cette liste dispense l'employeur de l'obligation d'opposabilité de la situation de l'emploi — c'est-à-dire de l'obligation de prouver, via une offre publiée pendant trois semaines sur France Travail, qu'aucun candidat français ou européen n'était disponible pour le poste. Pour un projet de recrutement international structuré comme Himalaya Pathways, cela simplifie concrètement la procédure d'autorisation de travail pour chaque candidate placée chez un employeur français, dans les régions où le métier concerné figure sur la liste (la liste varie par région ; le Sénat a lui-même noté, dans une question écrite de janvier 2026, que le secteur médico-social devait impérativement y être intégré vu la pénurie de 210 000 postes projetée d'ici 2030 — Partie 1).

Il convient de distinguer clairement ce mécanisme d'autorisation de travail simplifiée (qui concerne un recrutement nouveau et légal depuis l'étranger, la voie pertinente pour Himalaya Pathways) du dispositif de régularisation par le travail prévu à l'article L. 435-4 du CESEDA, introduit par la loi immigration du 26 janvier 2024 : ce second dispositif, expérimental et applicable seulement jusqu'au 31 décembre 2026, concerne exclusivement des personnes déjà présentes irrégulièrement sur le territoire français depuis au moins 3 ans et ayant travaillé au moins 12 mois dans un métier en tension — il ne s'applique pas à des candidats recrutés depuis l'Inde et ne doit pas être confondu avec la procédure d'autorisation de travail classique.

13.3 Deux voies réglementaires distinctes selon le profil visé : infirmier ou aide-soignant

Le choix du profil de sortie ciblé par Himalaya Pathways — infirmière diplômée d'État ou aide-soignante — détermine deux parcours juridiques totalement différents, et cette distinction est stratégiquement décisive. Pour un profil infirmier, un diplôme obtenu hors Union européenne (dont l'Inde) n'ouvre aucune reconnaissance automatique : le dossier doit être déposé auprès d'une commission régionale d'autorisation d'exercice (CRAE), puis, en cas d'avis favorable, d'une commission nationale (CNAE), pour une durée totale de 12 à 18 mois, avec exigence d'un niveau de français B2 attesté et de preuves

d'expérience professionnelle détaillées (fiches de poste, actes réellement pratiqués). Ce parcours correspond aux diplômées GNM identifiées en Partie 4.

Pour un profil aide-soignant, la voie est différente et, point crucial identifié dans cette étude, elle s'est refermée pour les infirmiers étrangers depuis mai 2012 : les infirmiers, médecins et sages-femmes titulaires d'un diplôme extra-communautaire ne peuvent plus obtenir d'autorisation d'exercer comme aide-soignant ou auxiliaire de puériculture en France. La voie normale pour devenir aide-soignant reste l'admission dans un Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS), sur dossier, pour une formation de 10 mois environ. Concrètement, cela signifie qu'une diplômée GNM himalayenne ne peut pas utiliser son diplôme indien comme passerelle rapide vers l'aide-soignance en France — elle doit soit emprunter la voie longue de la reconnaissance infirmière (CRAE/CNAE, 12-18 mois), soit se réorienter directement vers une admission en IFAS sur dossier, en valorisant son diplôme GNM et son expérience comme argument de candidature plutôt que comme équivalence automatique.

13.4 Implication stratégique pour Himalaya Pathways

Cette contrainte réglementaire, rarement anticipée dans les discours généraux sur le recrutement international de soignants, doit structurer directement le choix de filière d'Himalaya Pathways. Deux options se dessinent, avec des calendriers et des taux de réussite probablement très différents : une filière « infirmière » plus longue et plus incertaine (CRAE/CNAE), mais menant à un statut mieux rémunéré et plus qualifié, cohérente avec le niveau de formation GNM déjà acquis dans l'Himalaya oriental ; ou une filière « aide-soignante » plus courte et plus prévisible (admission IFAS sur dossier, 10 mois de formation en France), mieux alignée sur les besoins immédiats des EHPAD et services d'aide à domicile identifiés en Partie 1, mais qui n'exploite pas pleinement le niveau de qualification GNM des candidates. Un scénario hybride — sélectionner dès le départ des candidates selon leur profil et leur projet, certaines vers la filière infirmière longue, d'autres vers la filière aide-soignante courte — mériterait d'être étudié en détail dans les scénarios pilotes (Partie 17).

Sources citées dans cette partie (Partie 13)

Légifrance, Décret n°2021-1321 du 11 octobre 2021 portant publication de l'accord France-Inde du 10 mars 2018 (réutilisé de la Partie 3).

France Accueil, « Métiers en tension 2026 : liste officielle région par région », arrêté du 21 mai 2025.

Eurex, « Métiers en tension 2026 : liste, recrutement étranger et régularisation ».

Sénat, question écrite n°qSEQ260107366, JO Sénat du 22/01/2026, sur l'intégration des métiers de l'accompagnement médico-social à la liste des métiers en tension.

Démarches Étrangers, « Régularisation métiers en tension L. 435-4 — liste 2026 et procédure ».

AFIDE, « Titres de séjour métiers en tension en Nouvelle-Aquitaine », juillet 2025.

info.gouv.fr, « Travailleurs étrangers : la liste des métiers en tension actualisée », mai 2025.

Démarches Étrangers, « Infirmier diplômé à l'étranger : exercer en France en 2026 », procédure CRAE/CNAE (réutilisé de la Partie 5).

StaffSanté, « Infirmiers diplômés étrangers : comment exercer en France ? », restriction de mai 2012 sur la voie aide-soignant (réutilisé de la Partie 5).

StaffSocial, « Aides-soignants étrangers, comment se faire embaucher en France ? », procédure IFAS et ARS.

PARTIE 14 — PERMIS DE CONDUIRE ET MOBILITÉ

14.1 Une personne titulaire d'un permis indien peut-elle conduire en France, et pendant combien de temps ?

Oui, mais pour une durée strictement limitée. Un permis de conduire délivré par un pays hors Union européenne et hors Espace économique européen — ce qui est le cas de l'Inde — est reconnu en France pendant un an à compter de l'acquisition de la résidence normale (c'est-à-dire, en pratique, à compter de la délivrance du premier titre de séjour), à condition d'être en cours de validité, non suspendu, et accompagné d'une traduction officielle en français s'il n'est pas rédigé dans cette langue.

14.2 Le permis peut-il être échangé ? Faut-il repasser le permis français ?

C'est ici que se situe le point le plus important, souvent mal anticipé dans ce type de projet : l'Inde ne figure pas sur la liste des États ayant conclu un accord de réciprocité d'échange de permis de conduire avec la France, à la différence du Maroc, de l'Algérie, de la Tunisie, du Sénégal, de la Côte d'Ivoire, du Cameroun, de Madagascar ou du Japon, par exemple. En conséquence, une candidate d'Himalaya Pathways titulaire d'un permis indien ne pourra pas l'échanger contre un permis français : elle devra repasser intégralement l'examen du permis de conduire français — épreuve théorique (code de la route) et épreuve pratique de conduite — avant l'expiration du délai d'un an suivant l'obtention de son titre de séjour, sous peine de ne plus pouvoir conduire du tout en France au-delà de cette échéance.

Le coût de ce repassage complet se situe entre 1 200 € et 1 700 € en 2026 (code de la route environ 30 €, formation pratique de 13 à 20 heures selon boîte manuelle ou automatique, comptée entre 1 100 € et 1 500 €, plus les frais de location du véhicule le jour de l'examen). Le délai réaliste entre l'installation en France et l'obtention du nouveau permis, formation et passage des épreuves compris, est de 4 à 8 mois. Le permis de conduire international, quant à lui, ne change rien à cette situation : il ne constitue ni une équivalence, ni un moyen de contourner l'obligation de repasser l'examen français au-delà de la première année de résidence — il ne fait que faciliter la conduite temporaire dans certains pays tiers.

14.3 Implication budgétaire et calendaire pour Himalaya Pathways

Ce point a une conséquence directe sur le modèle économique du projet : si la conduite automobile est nécessaire au poste visé (aide à domicile en zone rurale dispersée, en particulier), le coût du permis français (1 200 à 1 700 €) et le délai associé (4 à 8 mois) doivent être budgétés et planifiés dès la préparation du départ, au même titre que la formation linguistique. Une candidate ne pourra pas compter sur son expérience de conduite en Inde au-delà de la première année — ce qui suppose soit une solution de mobilité alternative pendant cette période de transition (voir 14.4), soit un pré-financement du permis français intégré au budget global de préparation de chaque candidate.

14.4 Scénarios de mobilité selon le contexte d'affectation

- EHPAD en zone urbaine ou périurbaine : la question de la conduite personnelle se pose peu — les EHPAD sont généralement desservis par les transports en commun et le poste est sédentaire sur un site unique. C'est le scénario le plus simple à mettre en œuvre sans contrainte de mobilité individuelle.
- Aide à domicile en petite ville : la conduite devient nécessaire dès lors que les bénéficiaires sont dispersés sur plusieurs adresses dans la journée. Un vélo à assistance électrique peut suffire dans

un rayon de 5 à 10 km en zone plane, à un coût d'acquisition très inférieur à celui d'un véhicule et sans contrainte de permis.

- Aide à domicile en campagne isolée : la voiture devient généralement indispensable compte tenu des distances et de l'absence de transport en commun. Trois solutions se combinent dans la pratique du secteur : le véhicule de service fourni par l'employeur (SSIAD, association d'aide à domicile), solution la plus fréquente et la plus simple pour la première année de transition ; le covoiturage organisé avec des collègues déjà véhiculées ; ou, à plus long terme une fois le permis français obtenu, un véhicule personnel d'occasion, dont le coût doit être intégré à l'analyse de viabilité économique du poste pour la candidate.
- Logement de proximité : quel que soit le scénario, faire coïncider le lieu de résidence de la candidate avec son secteur d'intervention réduit mécaniquement le besoin de mobilité motorisée — un critère à intégrer dès la phase de placement plutôt qu'à traiter après coup.

14.5 Conclusion

La question du permis de conduire n'est ni un obstacle rédhibitoire ni un détail négligeable : c'est un poste de coût et de délai identifiable (1 200 à 1 700 €, 4 à 8 mois) qui doit être intégré dès la conception des scénarios pilotes d'Himalaya Pathways (Partie 17), avec une différenciation claire selon le type de poste visé — un placement en EHPAD urbain n'a pas les mêmes contraintes de mobilité qu'un placement en aide à domicile rurale, ce qui pourrait justifier une politique de sélection des premiers postes ciblant en priorité les affectations les moins dépendantes de la conduite automobile pour la première cohorte.

Sources citées dans cette partie (Partie 14)

Service-public.fr, « Échange de permis de conduire obtenu hors Europe (UE/EEE) — installation en France », mise à jour juin 2026.

Sécurité routière (ministère de l'Intérieur), « Conduire en France avec un permis étranger » et « Liste des États et autorités dont les permis de conduire nationaux sont susceptibles de faire l'objet d'un échange », mars-mai 2026.

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (diplomatie.gouv.fr), liste de réciprocité hors UE et EEE au 1er mai 2026.

Test Civique France, « Échange permis de conduire étranger en France 2026 : liste complète des pays avec accord (et ceux sans) », confirmant l'absence d'accord avec l'Inde.

Blog iambeezy, « Échanger Permis Étranger France 2026 : Pays et Parcours », détail des coûts de repassage du permis B.

Retour en France, « Échanger son permis de conduire étranger au retour en France (2026) ».

PARTIE 15 — INTÉGRATION ET ACCEPTABILITÉ

15.1 Une opinion française plus contrastée que polarisée sur l'immigration de travail

Les études d'opinion disponibles suggèrent une distinction importante, souvent estompée dans le débat public, entre l'hostilité à l'immigration en général et l'attitude à l'égard de l'immigration de travail ciblée sur des secteurs en pénurie reconnue. Une note de la fondation Terra Nova relève que plusieurs enquêtes menées au moment des débats sur la loi immigration de 2024 montraient qu'une majorité de Français soutenaient la régularisation de travailleurs sans papiers exerçant des métiers en tension — et observe que des dispositifs d'accueil de main-d'œuvre étrangère mis en place dans des pays où l'hostilité à l'immigration est pourtant très forte (Italie, Hongrie) n'ont, de manière notable, suscité ni controverse majeure ni sanction électorale pour les gouvernements à l'origine de ces mesures.

Cette distinction est directement pertinente pour Himalaya Pathways : un projet explicitement circonscrit à des métiers en tension reconnus (aide-soignant, auxiliaire de vie, désormais inscrits sur la liste officielle depuis mai 2025, voir Partie 13), avec un discours public assumé de réponse à un besoin documenté plutôt que de migration générale, se positionne dans la catégorie la mieux acceptée de l'opinion française, à condition de communiquer explicitement sur cette distinction plutôt que de la laisser implicite.

15.2 Acceptabilité en milieu rural : un terrain sous-documenté mais structurellement favorable

Aucune enquête d'opinion spécifiquement centrée sur l'acceptabilité de travailleuses du care originaires d'Asie du Sud dans les territoires ruraux français n'a été identifiée à ce stade de la recherche — c'est un point qui devra être approfondi par une enquête de terrain dédiée (Partie 18). Ce que l'on peut affirmer avec plus de certitude, en revanche, c'est le contexte structurel dans lequel s'inscrit un tel placement : les territoires ruraux les plus touchés par la pénurie de personnel de care sont aussi, très souvent, des territoires où la population âgée et sa famille connaissent directement et personnellement la difficulté de trouver un accompagnant — ce qui tend, d'après l'expérience documentée dans d'autres pays (Partie 6, cas du Royaume-Uni ; Partie 8, cas du Japon où la satisfaction des familles vis-à-vis du personnel étranger est mesurée comme égale ou supérieure à celle du personnel national), à transformer la présence d'une aide-soignante étrangère d'un sujet abstrait de politique migratoire en une relation de confiance concrète et individuelle, souvent plus déterminante pour l'acceptabilité locale que l'opinion générale sur l'immigration.

15.3 Risques d'isolement et facteurs de réussite

Le risque d'isolement d'une candidate placée seule dans une commune rurale isolée, loin de sa communauté d'origine et de sa famille, est un facteur de risque identifié de façon récurrente dans les études de cas internationales rassemblées dans cette étude — que ce soit dans le cas israélien (Partie 9, isolement au domicile de l'employeur, interdiction de facto de la vie familiale) ou plus généralement dans la littérature sur la migration de care. Himalaya Pathways, dans sa conception même de petites cohortes plutôt que de placements individuels dispersés, dispose d'un levier structurel pour limiter ce risque : le regroupement géographique de plusieurs candidates dans un même bassin d'emploi ou une même région, déjà envisagé dans le cadrage initial du projet, permet de maintenir un réseau social et linguistique de

proximité, un facteur de rétention documenté dans plusieurs des filières étudiées (Partie 8, satisfaction et rétention des candidats EPA japonais organisés en petits groupes par établissement).

Les facteurs de réussite identifiés transversalement dans les études de cas de cette étude incluent : une préparation culturelle en amont plutôt qu'une improvisation sur place (modèle japonais, Partie 8) ; un accompagnement post-arrivée dédié aux démarches administratives et à l'intégration (modèle allemand Triple Win, Partie 10) ; une rémunération versée par un canal traçable et un statut légal non intégralement dépendant d'un employeur unique (enseignement du cas israélien, Partie 9) ; et un discours public assumé de petite échelle et de sélection rigoureuse plutôt qu'une ouverture de masse (contraste entre le modèle japonais et le retournement politique britannique, Parties 6 et 8).

15.4 Perception de la France dans l'Himalaya oriental et motivations réelles des candidates

C'est le point le plus incertain de cette partie, et il doit être présenté honnêtement comme tel : aucune donnée d'enquête n'a été identifiée sur la perception de la France ou l'attractivité de la campagne française spécifiquement auprès des jeunes de Darjeeling, Kalimpong ou du Sikkim. Ce que les Parties 4 et 5 permettent d'affirmer avec plus de solidité, c'est le contexte de départ : une région où l'exode économique vers des destinations lointaines (métropoles indiennes, Golfe pour d'autres secteurs, Katmandou) est déjà une norme sociale établie plutôt qu'une rupture, ce qui suggère que la motivation dominante des candidates potentielles serait probablement économique et professionnelle (rémunération, statut, stabilité) plutôt qu'un attachement culturel préexistant à la France — un schéma de motivation cohérent avec ce qui est documenté pour les candidats des autres filières internationales du care étudiées dans ce rapport (Parties 8 à 11). Ce point spécifique — motivations réelles, image de la France, attentes précises vis-à-vis de la vie en France rurale — figure explicitement parmi les données à recueillir par une enquête de terrain dédiée (Partie 18).

Sources citées dans cette partie (Partie 15)

Terra Nova, « Enquête sur les représentations à l'égard de l'immigration de travail ».

Terra Nova, « Les travailleurs immigrés : avec ou sans eux ? ».

Ifop / More in Common, « Les Français et leurs perceptions de l'immigration, des réfugiés et de l'identité », étude de segmentation de l'opinion française.

Le Media Social, « Crise du recrutement : les professionnels étrangers sont-ils la solution ? », mars 2024.

MHLW (Japon), enquête de satisfaction des bénéficiaires vis-à-vis du personnel EPA (réutilisée de la Partie 8).

Kav LaOved, données sur l'isolement des caregivers en Israël (réutilisées de la Partie 9).

PARTIE 16 — RISQUES ET LIMITES

Cette partie synthétise, sous forme de grille probabilité / gravité / solutions, les risques identifiés tout au long de cette étude. L'objectif est de présenter une vision honnête des points de fragilité du projet plutôt qu'un plaidoyer unilatéral.

16.1 Risque linguistique

Probabilité : moyenne à élevée pour les premières cohortes, compte tenu de l'absence totale de base francophone dans la région (Partie 7) et d'un calendrier de 14 à 20 mois qui laisse peu de marge en cas de retard individuel. Gravité : élevée — un niveau de français insuffisant compromet directement l'exercice du métier (soin à la personne, transmissions, relation avec les familles) et peut entraîner un échec de placement. Solutions : sélection initiale incluant un test d'aptitude aux langues plutôt que le seul niveau d'anglais déclaré ; démarrage de la formation en français dès la phase de sélection plutôt qu'après confirmation du départ ; recours au modèle allemand Triple Win (Partie 10) d'un départ possible dès A2 avec poursuite du B1/B2 en poste sous supervision, ce qui réduit le risque d'un blocage total avant le départ.

16.2 Risque financier et de coûts

Probabilité : élevée — cette étude a chiffré plusieurs postes de coûts cumulatifs pour chaque candidate (formation linguistique, procédure de reconnaissance de diplôme ou admission IFAS, permis de conduire le cas échéant, accompagnement administratif), sans qu'un modèle de financement n'ait encore été arbitrée. Gravité : moyenne à élevée selon qui supporte ces coûts — un modèle reposant sur l'endettement des candidates reproduirait les dérives documentées dans le cas israélien (Partie 9) et népalais (Partie 5) ; un modèle porté par les employeurs français ou par une structure d'accompagnement mutualisée limiterait ce risque. Solutions : proscrire explicitement tout système de frais de recrutement à la charge des candidates (principe du G2G israélien et du Triple Win allemand, tous deux gratuits pour le candidat) ; explorer un cofinancement employeur / structure d'accompagnement / dispositifs publics de formation existants côté français (OPCO, France Travail).

16.3 Risque de reconnaissance des diplômes

Probabilité : élevée pour la voie infirmière (procédure CRAE/CNAE longue et à l'issue incertaine), plus faible pour la voie aide-soignante directe par IFAS. Gravité : élevée en cas d'échec — une candidate ayant investi 14 à 20 mois de préparation linguistique sans obtenir de reconnaissance se retrouverait dans une impasse. Solutions : privilégier, au moins pour les premières cohortes, la voie aide-soignante par admission IFAS (Partie 13), plus prévisible, réservant la voie infirmière longue à des candidates volontaires et informées du risque, avec un plan de repli explicite en cas d'échec à la reconnaissance.

16.4 Risque de rétention et de départ vers d'autres pays

Probabilité : moyenne — cette étude a montré que l'Inde est déjà un vivier convoité par le Royaume-Uni, l'Allemagne, l'Irlande et Israël (Parties 6, 9, 10, 11), et qu'une candidate ayant atteint un niveau de français correct pourrait théoriquement retourner vers un marché anglophone plus rapide d'accès. Gravité : moyenne pour Himalaya Pathways si le placement initial est solide (l'investissement en français constitue en lui-même une barrière à la sortie vers des pays anglophones, à la différence d'un

investissement en anglais qui serait totalement transférable). Solutions : construire une progression de carrière et de rémunération claire en France dès le contrat initial, à l'image du modèle allemand où plus de 80 % des infirmiers Triple Win restaient chez leur employeur après deux ans (Partie 10).

16.5 Risque politique

Probabilité : moyenne sur le temps long — le cas britannique (Partie 6) démontre qu'un dispositif de recrutement international dans le care peut être remis en cause brutalement si des dérives d'exploitation sont documentées médiatiquement, indépendamment de la qualité du dispositif lui-même. Gravité : élevée si elle se matérialise, car un durcissement réglementaire peut intervenir a posteriori sur des cohortes déjà engagées. Solutions : intégrer dès la conception les garde-fous que le Royaume-Uni n'avait pas mis en place à temps (rémunération traçable, statut non intégralement dépendant d'un employeur unique, plafonnement des déductions logement/nourriture — Partie 9) ; documenter et communiquer proactivement sur ces garanties plutôt que d'attendre une crise pour les instaurer.

16.6 Risque de fuite des cerveaux (brain drain) pour la région d'origine

Probabilité : faible à ce stade, compte tenu de l'échelle volontairement modeste du projet (petites cohortes) comparée au volume de diplômées GNM produit chaque année par les 145 à 230 établissements de formation du Bengale-Occidental (Partie 4). Gravité : faible à cette échelle, mais à surveiller si le projet devait significativement monter en volume — le cas philippin (Partie 5) montre qu'un système d'exportation de personnel de soin à trop grande échelle peut fragiliser le système de santé domestique. Solutions : maintenir un principe de proportionnalité explicite entre le volume de candidates recrutées et la capacité de formation régionale, et ne pas chercher à maximiser le volume au-delà de l'ambition initiale de petites cohortes.

16.7 Synthèse

Sur les six risques identifiés, deux apparaissent structurellement plus critiques que les autres pour la phase pilote : le risque financier (qui détermine si le projet reproduit ou évite les dérives d'endettement documentées ailleurs) et le risque de reconnaissance des diplômes (qui détermine directement le taux de réussite des premières cohortes et donc la crédibilité du projet pour la suite). Ces deux risques doivent être traités en priorité dans la conception des scénarios pilotes (Partie 17), avant les risques de rétention, politique ou de fuite des cerveaux, qui sont d'ampleur plus modérée à l'échelle envisagée par Himalaya Pathways.

Sources citées dans cette partie (Partie 16)

Synthèse des constats des Parties 6, 7, 9, 10, 12 et 13 de cette étude.

PARTIE 17 — MODÈLES PILOTES

Les trois scénarios ci-dessous sont construits à partir des données rassemblées dans cette étude. Les coûts de formation IFAS et de permis de conduire sont directement sourcés (Parties 13-14) ; les coûts de préparation linguistique et d'accompagnement administratif restent, à ce stade, des composantes à chiffrer précisément avec les partenaires retenus (Alliance Française, structure d'accompagnement) plutôt que des montants inventés — ce choix de présentation reflète l'exigence de rigueur du projet plutôt qu'une lacune de la recherche.

17.1 Composantes de coût par candidate (base commune aux trois scénarios)

- Formation en français (14 à 20 mois, objectif B1-B2) : montant à chiffrer avec l'Alliance Française de Kolkata ou un partenaire équivalent ; les frais d'examen DELF seuls s'élèvent à quelques dizaines d'euros par niveau (Partie 12).
- Formation aide-soignante en France (admission IFAS sur dossier, 10-11 mois) : entre 6 100 € et 11 165 € selon la région et l'institut, avec possibilité de prise en charge par l'employeur, un OPCO ou le Conseil régional plutôt que par la candidate elle-même (Partie 13).
- Permis de conduire français, si le poste visé l'exige : 1 200 à 1 700 € (Partie 14).
- Frais de voyage, visa, accompagnement administratif initial : à chiffrer, mais à intégrer au budget global plutôt qu'à laisser à la charge de la candidate, conformément au principe retenu en Partie 16 (risque financier) de proscrire tout système de frais de recrutement pesant sur les candidates, sur le modèle du G2G israélien et du Triple Win allemand.

17.2 Scénario A — 5 participantes

Gouvernance : une structure porteuse unique (association ou société dédiée) assurant la sélection, la coordination avec un ou deux établissements de formation dans l'Himalaya oriental, et la mise en relation avec un nombre restreint d'employeurs français (2 à 3 établissements) déjà identifiés et favorables au projet. Calendrier : 18 à 24 mois entre le lancement de la sélection et la prise de poste effective en France, incluant 14-20 mois de préparation linguistique en parallèle de la formation IFAS ou de la finalisation du diplôme GNM. Partenaires : une école GNM ou un institut de formation de la région Darjeeling-Sikkim-Kalimpong (Partie 4), l'Alliance Française de Kolkata, un IFAS français partenaire, 2-3 employeurs pilotes (EHPAD ou service d'aide à domicile). Mobilité et logement : privilégier des placements en EHPAD urbain ou périurbain pour cette première cohorte, afin d'éviter la contrainte du permis de conduire pour les premiers mois (Partie 14) ; logement groupé pour au moins 2-3 candidates dans le même bassin d'emploi, afin de limiter le risque d'isolement identifié en Partie 15. Indicateurs de réussite : taux de réussite à la formation IFAS ou à la reconnaissance de diplôme supérieur à 80 % ; maintien en poste à 12 mois supérieur à 80 %. Indicateurs d'échec : abandon avant le départ supérieur à 30 % ; échec à l'examen final supérieur à 20 % ; départ de l'employeur avant 12 mois supérieur à 30 %.

17.3 Scénario B — 10 participantes

Gouvernance : identique au scénario A, avec un accompagnement dédié renforcé (réfèrent unique côté France et côté Himalaya) compte tenu du doublement de l'effectif. Calendrier : identique au scénario A, avec un lancement en deux vagues de 5 candidates espacées de 6 mois, permettant d'ajuster le dispositif à partir des enseignements de la première vague avant le lancement de la seconde — une approche itérative

directement inspirée du modèle japonais (Partie 8), qui privilégie la qualité de sélection à la vitesse de déploiement. Partenaires : élargissement à 4-5 employeurs français et, potentiellement, à un second établissement de formation dans l'Himalaya oriental. Mobilité et logement : introduction possible de placements en aide à domicile en petite ville (vélo à assistance électrique, Partie 14) pour la seconde vague, en conservant les placements EHPAD pour la première. Indicateurs : identiques au scénario A, avec un point de vigilance supplémentaire sur la cohérence entre les deux vagues (les enseignements de la vague 1 doivent être documentés et appliqués à la vague 2, sans quoi le scénario perd son avantage itératif sur le scénario A).

17.4 Scénario C — Cohorte répartie entre plusieurs communes

Gouvernance : la plus complexe des trois, nécessitant une coordination avec plusieurs collectivités locales ou groupements d'employeurs (GEIQ) dans différents territoires ruraux, plutôt qu'avec des employeurs isolés. Calendrier : le plus long des trois scénarios (24 à 36 mois), du fait du temps nécessaire à la construction de partenariats avec des acteurs territoriaux multiples. Partenaires : au-delà des partenaires des scénarios A et B, ce scénario suppose l'implication d'élus locaux, d'agences régionales de santé et, potentiellement, de groupements d'employeurs pour l'insertion et la qualification (GEIQ) spécialisés dans le médico-social. Mobilité et logement : c'est le scénario le plus exposé au risque de mobilité rurale (Partie 14) et au risque d'isolement (Partie 15), chaque candidate étant potentiellement seule dans sa commune d'affectation — un point qui devrait conduire, en pratique, à privilégier un regroupement de 2 candidates minimum par bassin de vie plutôt qu'une dispersion totale, même dans ce scénario. Indicateurs : les mêmes que les scénarios A et B, complétés par un indicateur spécifique de satisfaction des élus locaux et des familles bénéficiaires, dont l'adhésion conditionne la répliquabilité du modèle à d'autres territoires.

17.5 Recommandation

Au vu de l'ensemble des constats de cette étude — risque financier et de reconnaissance des diplômes identifiés comme prioritaires (Partie 16), avantage du modèle japonais de déploiement progressif et itératif (Partie 8), et nécessité de démontrer la viabilité du modèle avant toute extension — le Scénario A (5 participantes, placements EHPAD, logement groupé) apparaît comme le point de départ le plus prudent et le plus informatif pour un premier pilote, avec un passage éventuel au Scénario B après évaluation des résultats de la première cohorte plutôt qu'un engagement d'emblée sur un format plus large.

Sources citées dans cette partie (Partie 17)

IFAS CHU de Lille, « Le financement de la formation à l'IFAS », tarifs 2026-2027.

EPS Étampe, « Les tarifs de la formation aide-soignant-e », tarif 9 000 € 2025-2026.

Institut Couvé, « Institut de Formation d'Aides-Soignants (IFAS) », fourchette 7 084 € à 11 165 €.

Eva Santé, « Formation aide soignante prix », fourchette 6 100 à 6 500 €.

Objectif Aide-Soignant, « Inscription aide-soignante 2026 », fourchette 4 312 € à 7 161 €.

CHU Amiens-Picardie, IFAS, tarif 7 800 € 2026.

Synthèse des enseignements méthodologiques du modèle EPA japonais (réutilisés de la Partie 8) et du modèle Triple Win allemand (réutilisés de la Partie 10).

PARTIE 18 — DONNÉES MANQUANTES ET ENQUÊTES DE TERRAIN

Cette étude a identifié, partie après partie, un ensemble de données qui n'existent pas dans les sources documentaires accessibles et qui nécessitent une collecte directe sur le terrain avant qu'Himalaya Pathways ne puisse finaliser son modèle. Cette partie les rassemble.

18.1 Données à recueillir auprès des candidates potentielles (Himalaya oriental)

- Niveau réel d'anglais mesuré par un test standardisé plutôt que par réputation régionale (Partie 4).
- Motivations réelles vis-à-vis d'un projet migratoire vers la France spécifiquement, par opposition aux destinations déjà empruntées (métropoles indiennes, Népal) — image perçue de la France, attentes en matière de rémunération, de conditions de vie, de durée de séjour envisagée (Partie 15).
- Situation précise des diplômées GNM récentes ou en cours de formation : taux d'emploi local, rémunération actuelle, disposition à un engagement de plusieurs années à l'étranger (Partie 4).
- Structure familiale et contraintes (charges de famille, personnes à charge) susceptibles d'influencer la durée de séjour envisageable et le risque d'isolement (Partie 15).

18.2 Données à recueillir auprès des établissements de formation (Himalaya oriental)

- Disponibilité réelle des écoles GNM et instituts de formation identifiés en Partie 4 pour un partenariat structuré avec Himalaya Pathways (accueil de modules de français, valorisation de diplômées vers le projet).
- Taux de réussite et profil des diplômées récentes, pour affiner les critères de sélection au-delà des seules données agrégées disponibles publiquement.

18.3 Données à recueillir auprès des employeurs français potentiels

- Nombre d'EHPAD et services d'aide à domicile en zone rurale ou semi-rurale réellement disposés à s'engager dans un partenariat de recrutement international structuré, et à quelles conditions (financement de la formation IFAS, logement, accompagnement).
- Disponibilité de logements à proximité du lieu de travail, condition identifiée comme centrale pour limiter le besoin de mobilité motorisée (Partie 14) et le risque d'isolement (Partie 15).
- Disponibilité de véhicules de service pour les postes d'aide à domicile en zone rurale (Partie 14).

18.4 Données à recueillir auprès des élus locaux et des familles bénéficiaires

- Niveau d'acceptabilité locale d'un recrutement de personnel de soin originaire d'Asie du Sud, dans des territoires ruraux où aucune enquête d'opinion spécifique n'a été identifiée (Partie 15).
- Attentes et réserves des familles de résidents d'EHPAD ou de bénéficiaires d'aide à domicile vis-à-vis d'un personnel étranger nouvellement recruté.

18.5 Données à recueillir auprès des institutions françaises compétentes

- Confirmation, auprès des ARS et DREETS des régions ciblées, de l'inscription effective et actualisée des métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie sur la liste des métiers en tension de leur région spécifique (la liste variant par région, Partie 13).
- Modalités précises et délais réels constatés (plutôt que théoriques) de la procédure d'admission en IFAS pour des candidates étrangères disposant d'un diplôme GNM indien, à vérifier directement auprès de plusieurs IFAS pressentis comme partenaires.
- Conditions précises de mobilisation d'un financement OPCO ou régional pour la formation IFAS de candidates recrutées à l'étranger dans le cadre d'un partenariat structuré comme Himalaya Pathways, plutôt que pour des candidates individuelles déjà présentes en France.

18.6 Priorisation

Parmi ces données manquantes, trois apparaissent comme des préalables véritablement bloquants avant tout lancement pilote, plutôt que des compléments d'information : la confirmation de la disponibilité d'employeurs français réellement engagés et prêts à financer la formation IFAS (18.3) ; la confirmation des modalités d'admission en IFAS pour des profils GNM indiens auprès d'instituts concrets (18.5) ; et une première évaluation directe des motivations et du niveau linguistique des candidates potentielles dans l'Himalaya oriental (18.1). Les autres données identifiées dans cette partie, bien qu'importantes, peuvent être recueillies en parallèle du lancement d'un scénario pilote plutôt qu'avant celui-ci.

Sources citées dans cette partie (Partie 18)

Synthèse des lacunes documentées aux Parties 4, 13, 14 et 15 de cette étude.

PARTIE 19 — CONCLUSIONS POUR HIMALAYA PATHWAYS

19.1 Le projet est-il réaliste ?

Oui, sous conditions précises. Cette étude n'a identifié aucun obstacle structurel qui rendrait le projet impossible — au contraire, plusieurs éléments jouent en sa faveur : un besoin français massif et documenté (Partie 1), un cadre juridique bilatéral France-Inde déjà signé et sous-utilisé (Partie 3), une infrastructure de formation infirmière déjà opérationnelle dans l'Himalaya oriental (Partie 4), et une inscription récente et favorable des métiers du care sur la liste des métiers en tension française (Partie 13). Mais le réalisme du projet dépend directement du respect de plusieurs conditions dégagées tout au long de cette étude : échelle volontairement modeste (Partie 16), choix de filière aide-soignante privilégié pour les premières cohortes (Partie 13), et financement structuré évitant tout endettement des candidates (Partie 16).

19.2 Le projet est-il prometteur mais limité ?

Cette formulation est la plus honnête. Prometteur, parce qu'il s'appuie sur une niche réellement inoccupée (Partie 6) et sur un cadre juridique déjà disponible (Partie 3). Limité, parce que l'échelle du vivier régional (Partie 4), la barrière linguistique (Partie 12) et la complexité réglementaire française (Partie 13) excluent d'emblée toute perspective de volume comparable aux Philippines ou même au Kerala (Partie 5). Himalaya Pathways ne sera, dans le meilleur des cas, qu'une réponse complémentaire et localisée à un problème structurel bien plus vaste (Partie 1) — un rôle cohérent avec l'ambition affichée dès le départ, mais qu'il convient de ne jamais présenter comme davantage.

19.3 Points forts

- Un besoin français quantifié et documenté avec précision (150 000 à 200 000 emplois d'ici 2050).
- Un cadre juridique bilatéral franco-indien déjà signé, sous-utilisé par tous les acteurs français à ce jour.
- Une infrastructure de formation infirmière déjà opérationnelle dans la région ciblée, à ne pas construire de toutes pièces.
- Une inscription réglementaire récente et favorable des métiers du care sur la liste des métiers en tension.
- Une niche internationale réellement inoccupée — aucune filière existante ne cible spécifiquement l'Himalaya oriental indien.
- Des précédents internationaux (Japon, Allemagne, Israël) démontrant la viabilité de modèles à échelle volontairement modeste.

19.4 Points faibles

- Absence totale de base francophone dans la région ciblée, contrairement à d'autres viviers francophones étudiés (Madagascar, Maroc).
- Fermeture, depuis 2012, de la passerelle infirmier étranger vers aide-soignant, qui complique la valorisation du diplôme GNM.
- Vivier régional de taille modeste, structurellement incompatible avec une stratégie de volume.

- Absence de données de terrain directes sur les motivations des candidates et l'acceptabilité locale en France rurale.
- Coûts cumulés significatifs par candidate (formation linguistique, formation IFAS, permis de conduire) dont le financement reste à arbitrer.

19.5 Principaux risques

Financier (risque d'endettement des candidates si le modèle n'est pas correctement structuré), réglementaire (incertitude de la procédure de reconnaissance pour la voie infirmière), et politique sur le temps long (fragilité démontrée par le précédent britannique en cas de dérives d'exploitation non anticipées) — voir le détail complet en Partie 16.

19.6 Quelles données manquent encore ?

Trois données bloquantes ont été identifiées en Partie 18 : la disponibilité réelle d'employeurs français prêts à financer la formation IFAS, les modalités concrètes d'admission en IFAS pour des profils GNM indiens auprès d'instituts identifiés, et une évaluation directe du niveau linguistique et des motivations des candidates potentielles dans l'Himalaya oriental.

19.7 Que peut-on affirmer honnêtement ?

Que le besoin français est réel et documenté ; que le cadre juridique existe déjà et reste sous-utilisé ; que l'Inde est un vivier de care déjà mobilisé avec succès par plusieurs pays comparables ; que la région ciblée dispose d'une infrastructure de formation et d'un contexte socio-économique cohérents avec l'hypothèse de départ ; et que le principal obstacle n'est pas un obstacle de fond mais un ensemble de démarches concrètes (financement, partenariats, procédures) restant à sécuriser un par un.

19.8 Que doit-on présenter comme hypothèse ?

Tout ce qui concerne spécifiquement l'Himalaya oriental et non l'Inde en général : le niveau d'anglais réel des candidates potentielles, leur motivation effective pour la France, l'acceptabilité locale en France rurale, et le taux de réussite attendu à la formation IFAS ou à la reconnaissance infirmière pour ce profil précis de candidates — autant d'éléments qui reposent aujourd'hui sur des inférences raisonnables plutôt que sur des données directement vérifiées.

19.9 Quelles étapes avant un pilote ?

1. Sécuriser 2 à 3 employeurs français pilotes prêts à financer la formation IFAS et à accueillir les premières candidates en EHPAD urbain ou périurbain.
2. Établir un partenariat formalisé avec un ou deux établissements de formation GNM dans l'Himalaya oriental.
3. Établir un partenariat avec l'Alliance Française de Kolkata ou un organisme équivalent pour la préparation linguistique.
4. Vérifier directement auprès d'IFAS pressentis les modalités précises d'admission de candidates diplômées GNM indiennes.
5. Conduire une première enquête de terrain auprès de diplômées GNM potentielles pour évaluer leur niveau d'anglais réel et leurs motivations.

- 6. Arbitrer et documenter un modèle de financement excluant tout endettement des candidates.
- 7. Lancer le Scénario A (5 participantes) une fois ces six étapes sécurisées, plutôt qu'un scénario plus large.

Sources citées dans cette partie (Partie 19)

Synthèse de l'ensemble des Parties 1 à 18 de cette étude.

PARTIES COMPLÉMENTAIRES — ENRICHISSEMENT DE L'ÉTUDE

Les parties qui suivent (20 et suivantes) répondent à une demande d'approfondissement formulée après la première version complète de ce Livre blanc (Parties 1 à 19, conservées intégralement ci-dessus). Elles ne remplacent aucune partie existante : elles les complètent, les nuancent et, sur certains points, les corrigent à la marge à la lumière de sources supplémentaires. Cette section est construite progressivement, au même rythme et avec la même exigence de sourçage que les Parties 1 à 19.

PARTIE 20 — L'HIMALAYA ORIENTAL INDIEN AU-DELÀ DES DONNÉES ÉCONOMIQUES

Cette partie approfondit la Partie 4 sur un registre différent : non plus les données économiques et éducatives, mais les structures familiales, la culture du soin aux aînés, le travail féminin, la vie communautaire et la culture de la mobilité. L'exercice comporte une limite méthodologique à énoncer d'emblée : la littérature académique consacrée spécifiquement à Darjeeling, Kalimpong et au Sikkim sur ces sujets est rare. La recherche la plus solide disponible porte sur le Népal voisin, dont la population Gorkha/népalophone de l'Himalaya oriental indien partage la langue, une large part de la culture et, historiquement, des flux migratoires communs (Partie 4). Cette étude utilise donc les données népalaises comme indicateur de proximité culturelle plausible plutôt que comme donnée directement transposable à l'Himalaya oriental indien — une distinction que le lecteur doit garder à l'esprit tout au long de cette partie.

20.1 Structures familiales : la famille élargie, entre norme et érosion

Une étude publiée dans BMC Geriatrics, fondée sur une enquête menée auprès de 844 personnes âgées de 60 ans et plus dans deux districts de l'Est du Népal (Sunsari et Morang), documente la persistance du principe de piété filiale (filial piety) comme fondement culturel et, au Népal, légal du soutien aux personnes âgées. L'étude établit que le soutien intergénérationnel constitue historiquement l'ossature du système de prise en charge des personnes âgées dans la société népalaise, mais relève également une érosion récente de ce modèle, attribuée à la progression des familles nucléaires et à la forte émigration des enfants adultes.

Une étude distincte portant sur les personnes âgées résidant dans la vallée de Katmandou établit que 81,3 % des répondants vivaient avec des membres de leur famille, contre seulement 11,6 % vivant uniquement avec un conjoint et 6,2 % vivant seuls — une proportion de cohabitation intergénérationnelle sensiblement plus élevée que la moyenne observée en France ou en Europe occidentale. Ce chiffre doit néanmoins être interprété avec prudence pour ce qui concerne l'Himalaya oriental indien spécifiquement, faute d'étude équivalente menée directement à Darjeeling ou au Sikkim.

Un point mérite d'être signalé pour éviter toute romantisation involontaire du modèle familial traditionnel : une étude portant sur la satisfaction de vie des personnes âgées du Népal rural établit que la dépendance au soutien familial pour les activités du quotidien est associée à une probabilité de satisfaction de vie inférieure de 51 % par rapport aux personnes âgées n'ayant pas besoin d'un tel soutien. Autrement dit, la prégnance du modèle familial traditionnel ne doit pas être interprétée comme un indicateur de bien-être supérieur pour la personne âgée elle-même — un nuancement important face à toute lecture idéalisée de la « solidarité familiale himalayenne ».

20.2 Culture du soin aux aînés : ce que montre — et ne montre pas — la recherche

Aucune étude ethnographique consacrée spécifiquement à la culture du soin aux personnes âgées dans les communautés gorkha de Darjeeling ou du Sikkim n'a été identifiée à ce stade de cette recherche. C'est une lacune documentaire réelle, qui doit être nommée comme telle plutôt que comblée par extrapolation. Ce qui peut être avancé avec prudence, sur la base des études népalaises disponibles, est que le soin aux aînés dans la culture hindoue et bouddhiste de la région (Partie 21) s'inscrit dans un cadre de devoir moral

et religieux plutôt que dans un cadre strictement contractuel ou professionnel — mais l'écart entre cette norme culturelle générale et une compétence professionnelle de soin au sens du métier français d'aide-soignante reste entier et ne doit jamais être présumé comme acquis : la culture du respect aux aînés n'équivaut pas à une compétence en gestes techniques de soin, en manutention, ou en gestion de la dépendance sévère, qui reste à enseigner intégralement dans le cadre de la formation IFAS ou GNM (Parties 4 et 13).

20.3 Travail féminin et autonomie économique : des données parcellaires

La Partie 4 de cette étude a déjà établi un fait solide : les femmes constituent près de 60 % de la main-d'œuvre des plantations de thé de la région. Au-delà de ce secteur précis, cette étude n'a pas identifié de données chiffrées fiables sur la participation féminine au marché du travail hors secteur du thé, ni sur des indicateurs d'autonomie économique féminine (contrôle du revenu, mobilité professionnelle individuelle) spécifiques à Darjeeling, Kalimpong ou au Sikkim. Ce point figure explicitement, depuis la Partie 4, parmi les données manquantes nécessitant une enquête de terrain (Partie 18) — cette nouvelle recherche documentaire n'a pas permis de le combler et il convient de le dire honnêtement plutôt que de suggérer une autonomie féminine plus établie que ce que les sources permettent d'affirmer.

20.4 Vie communautaire et échelle des environnements peu denses

Un indicateur indirect mais solide existe sur ce point : la ville de Darjeeling elle-même comptait 118 805 habitants au recensement de 2011, avec une densité de 15 990 habitants au kilomètre carré dans la municipalité — soit une réalité urbaine dense malgré la taille modeste de l'agglomération. Le district dans son ensemble présente une densité beaucoup plus faible (586 habitants au kilomètre carré), reflétant la coexistence, au sein d'un même district, de petites villes densément peuplées (Darjeeling, Kalimpong, Kurseong) et d'un habitat rural dispersé autour des plantations de thé. Cette double réalité constitue, sur le plan purement descriptif, une expérience de vie en petite ville et en habitat rural dispersé assez proche de la structure de nombreux territoires ruraux français ciblés par Himalaya Pathways (Partie 5) — un point de comparabilité qui reste toutefois qualitatif plutôt que statistiquement démontré.

20.5 Héritage missionnaire : précisions

Le district de Darjeeling conserve un réseau d'établissements scolaires fondés durant la période coloniale britannique, parmi lesquels le Mount Hermon School, le St. Robert's High School, le St. Joseph's College, le Loreto Convent et le St. Paul's School sont explicitement cités dans les sources statistiques officielles comme des établissements de référence pour l'excellence éducative du district. La part chrétienne de la population du district (5 à 9 % selon les sources et les subdivisions administratives considérées, voir Partie 21) est demeurée minoritaire mais l'empreinte institutionnelle de ces écoles — enseignement en anglais, discipline scolaire de type britannique — dépasse largement la seule population chrétienne, ces établissements accueillant des élèves de toutes confessions.

20.6 Culture de la mobilité et migration : préciser les destinations et leurs limites

La synthèse la plus précise disponible sur les destinations de la migration économique depuis Darjeeling distingue trois groupes de destinations : les villes proches de la région (Gangtok au Sikkim, Siliguri au pied des collines) ; les grandes métropoles indiennes (Delhi, Kolkata, Bangalore, Mumbai) ; et

Katmandou au Népal, choisie notamment pour la proximité linguistique et culturelle. Cette même source établit une distinction utile entre deux profils de migrants : ceux qui partent poursuivre des études supérieures et des carrières professionnelles (ingénierie, journalisme), et ceux qui recherchent un emploi immédiat, souvent dans des centres d'appels, des salons de beauté ou d'autres emplois de service peu qualifiés dans les grandes villes. Un point moins favorable, mais qu'il serait malhonnête de ne pas rapporter, doit être signalé : plusieurs sources documentent que les migrants originaires du Nord-Est indien et de la région de Darjeeling font l'objet de discrimination et de racisme dans certaines métropoles indiennes où ils s'installent — un facteur qui, en creux, peut renforcer l'attractivité relative d'une trajectoire migratoire internationale correctement préparée et encadrée, par contraste avec une migration interne informelle et parfois hostile.

20.7 Avertissement méthodologique

Conformément à l'exigence de rigueur de cette étude, il faut conclure cette partie en précisant clairement ce qu'elle permet, et ne permet pas, d'affirmer. Elle permet d'affirmer : une structure familiale culturellement orientée vers la cohabitation intergénérationnelle et le devoir de soin, documentée pour le Népal voisin et plausible pour la population népalophone de l'Himalaya oriental indien ; un héritage éducatif anglophone institutionnel réel et documenté ; une culture de la migration économique déjà bien établie, y compris vers des destinations peu protectrices. Elle ne permet pas d'affirmer : que cette structure familiale se traduit par une compétence de soin professionnel transposable sans formation complète ; que l'autonomie économique féminine hors secteur du thé est établie par des données chiffrées ; ou que la « culture du soin » régionale présente une spécificité mesurable par rapport au reste de l'Inde. Ces trois derniers points restent des hypothèses de travail, non des faits établis, et doivent être présentés comme tels devant tout partenaire ou financeur (voir Partie 18).

Sources citées dans cette partie (Partie 20)

BMC Geriatrics, « The role of family support in the self-rated health of older adults in eastern Nepal: findings from a cross-sectional study », 2024 — enquête menée auprès de 844 personnes âgées dans les districts de Sunsari et Morang.

SCIRP, « Living Arrangement of Older People: A Study of Community Living Elderly from Nepal », Tribhuvan University, données de la vallée de Katmandou.

PMC, « Family Support Paradox: Exploring Family Support and Life Satisfaction Among Older Adults in Rural Eastern Nepal », 2024-2025.

ResearchGate, « Elderly Care: Policy Initiatives and Older Parents' Perception in Nepali Society », Rupantaran: A Multidisciplinary Journal, vol. V, 2021.

Academia.edu, « Identity, Contestation and Ethnic Revivalism among Nepalis in Darjeeling » — dynamiques d'identité ethnique gorkha et sous-développement économique.

Wikipedia, « Demographics of Darjeeling », section migration — destinations et profils des migrants économiques (réutilisé et approfondi depuis la Partie 4).

IndiaStat Publications / IndiaStat Districts, « Demographics, Agricultural, Map of Darjeeling District », données de densité de population et établissements scolaires historiques, recensement 2011.

PARTIE 21 — COMPOSITION RELIGIEUSE ET CONTEXTE SOCIOCULTUREL DES VIVIERS DU CARE

Cette partie répond à une demande explicite de données objectives sur la composition religieuse des principaux viviers étudiés dans ce rapport. Elle est présentée avec une précaution méthodologique qui doit être lue avant toute donnée chiffrée : la composition religieuse d'une région ou d'un pays est une donnée démographique agrégée qui ne permet en aucun cas de déduire, prédire ou présumer la religion, les pratiques ou les comportements d'un individu ou d'une candidate en particulier. Cette étude n'attribue et n'attribuera jamais de religion à une personne non identifiée comme telle par elle-même ; les données ci-dessous décrivent des populations statistiques, non des individus.

21.1 Himalaya oriental indien : une composition mixte et distincte du reste de l'Inde

Selon le recensement de 2011, le district de Darjeeling se compose de 74,00 % d'hindous et 11,33 % de bouddhistes selon les données agrégées du district ; une ventilation plus fine par circonscription (tehsil) et par agglomération fait apparaître une part chrétienne significative (5 à 9 % selon les zones, avec des pointes plus élevées dans certaines circonscriptions comme Darjeeling Pulbazar où elle atteint 9,37 %) et une petite minorité musulmane (autour de 4 % pour l'agglomération de Darjeeling). Le Bengale-Occidental dans son ensemble abrite la plus importante communauté bouddhiste traditionnelle d'Inde (par opposition aux néo-bouddhistes convertis sous l'influence de B.R. Ambedkar après 1951, concentrés dans le Maharashtra) : sur les 2,83 lakhs de bouddhistes recensés dans l'État en 2011, 2,19 lakhs (soit plus des trois quarts) résident dans le seul district de Darjeeling, où ils forment 11,3 % de la population — essentiellement des Gorkhas de tradition bouddhiste tibétaine.

Le Sikkim présente une composition sensiblement différente : 57,76 % à 60,98 % d'hindous selon les sources, 24,98 % à 27,39 % de bouddhistes (part nettement plus élevée qu'à Darjeeling, cohérente avec l'histoire du Sikkim comme royaume bouddhiste jusqu'à son intégration à l'Inde en 1975) et 9,91 % à 10,42 % de chrétiens. Un fait démographique notable, documenté par l'analyse du recensement : la part chrétienne du Sikkim a fortement progressé, passant de 2,2 % en 1981 à 6,7 % en 2001 puis 9,9 % en 2011, principalement au détriment de la part hindoue (passée de 68,4 % en 1991 à 57,8 % en 2011).

21.2 Comparaison avec les autres viviers étudiés dans ce rapport

- Kerala : composition religieuse la plus équilibrée entre les trois grandes religions parmi tous les États indiens étudiés — héritage d'une présence chrétienne syro-malabare ancienne (datant, selon la tradition locale, de l'apôtre Thomas), d'une importante minorité musulmane sur la côte malabar, et d'une majorité hindoue. Cette diversité interne est documentée depuis des siècles et n'est pas liée à la migration contemporaine vers le Golfe ou l'Europe.
- Philippines : population très majoritairement catholique (héritage de la colonisation espagnole), avec une minorité musulmane significative concentrée dans le sud du pays (Mindanao).
- Népal : composition majoritairement hindoue et bouddhiste, avec une part chrétienne en croissance rapide mais qui demeure minoritaire, cohérente avec la région himalayenne indienne voisine.
- Afrique francophone : composition très variable selon les pays — majorité musulmane au Sénégal et aux Comores, composition mixte christiano-musulmane en Côte d'Ivoire et au Cameroun,

majorité chrétienne à Madagascar (mêlée à des croyances traditionnelles malgaches, voir Partie 7).

- Europe de l'Est : population majoritairement chrétienne, de tradition catholique (Pologne), orthodoxe (Roumanie, Balkans) ou mixte (Ukraine) — réutilisé et confirmé depuis la Partie 7.

21.3 Réseaux religieux et migration : ce que l'on peut affirmer prudemment

La littérature sur les migrations internationales documente, de façon générale et non spécifique à l'Himalaya, que les réseaux confessionnels (paroisses, communautés monastiques, diasporas religieuses organisées) peuvent jouer un rôle facilitateur dans certains parcours migratoires — accueil initial, mise en réseau professionnelle, soutien logistique. Ce mécanisme est documenté par exemple pour la migration chrétienne philippine vers des pays à forte présence catholique, ou pour la migration kéralaise chrétienne vers le Golfe et l'Europe. Cette étude n'a cependant identifié aucune donnée spécifique sur l'existence ou l'absence de tels réseaux pour la population de l'Himalaya oriental indien vis-à-vis de la France — un pays dont la présence institutionnelle chrétienne, hindoue ou bouddhiste organisée en lien avec cette région spécifique n'a pas été documentée dans le cadre de cette recherche.

21.4 Pourquoi ces données doivent être interprétées avec une prudence maximale

Trois précisions s'imposent, au-delà de l'avertissement liminaire de cette partie. Premièrement, la composition religieuse agrégée d'un district ou d'un État ne dit rien de l'intensité de la pratique individuelle, qui varie considérablement au sein de chaque groupe statistique. Deuxièmement, aucune des données de cette partie ne doit servir de critère, explicite ou implicite, dans la sélection des candidates par Himalaya Pathways — un tel usage serait à la fois contraire à l'esprit de cette étude et potentiellement discriminatoire au regard du droit français et européen. Troisièmement, la diversité interne de chaque vivier (hindous, bouddhistes et chrétiens coexistant au sein d'une même famille élargie n'est pas rare dans les collines de Darjeeling, où les pratiques syncrétiques sont documentées) rend toute généralisation religieuse doublement fragile pour cette région spécifique.

Sources citées dans cette partie (Partie 21)

Census2011.co.in, « Darjiling District Religion Data », données du recensement 2011.

Wikipedia, « Demographics of Darjeeling », section religion, données du recensement 2011 pour l'agglomération de Darjeeling.

CensusOfIndia.net, « Darjeeling Pulbazar Population 2025: Religion, Literacy, and Census Data Insights », ventilation fine par circonscription.

Blog CPS India, « Religion Data of Census 2011 XI — Buddhists », analyse démographique des bouddhistes du Bengale-Occidental et du Sikkim par rapport aux « néo-bouddhistes » du Maharashtra.

Census2011.co.in, « Sikkim Hindu Muslim Population » et IndiaCensus.in, « Religion in Sikkim 2026 », données du recensement 2011 et évolution 1981-2011.

FindEasy, « Sikkim population by religion 2026 », composition ethnique et religieuse du Sikkim.

IndiaStatDistricts, « Districts of India — Socio-economic statistical data of Darjiling District », ventilation linguistique (népalais 46,39 %, bengali 29,22 %, hindi 17,28 %).

PARTIE 22 — CARTOGRAPHIE MONDIALE ENRICHIE : DONNÉES OCDE PRÉCISES SUR 10 ANS

Cette partie approfondit la Partie 6 à l'aide de la publication la plus autorisée disponible sur le sujet : le chapitre « Migrations internationales des professionnels de santé vers les pays de l'OCDE » des Perspectives des migrations internationales 2025 de l'OCDE (publié le 3 novembre 2025), croisé avec le Panorama de la santé 2025 et les fiches de comparaison internationale de la DREES. Ces publications permettent, pour la première fois dans cette étude, de situer précisément la France et ses principaux pays de comparaison sur une échelle chiffrée et vérifiable, plutôt qu'à partir de sources journalistiques ou professionnelles isolées (Partie 3).

22.1 Le tableau de référence : part d'infirmiers formés à l'étranger, 2023

Pays	Infirmiers formés à l'étranger (2023)	Évolution récente
Irlande	52 %	47 % (2021) → 52 % (2023) → 54 % (2024)
Nouvelle-Zélande	33 %	Hausse continue depuis 2010
Suisse	27 %	Seul pays où les professionnels étrangers représentent plus de la moitié de la croissance des effectifs sur 10 ans
Royaume-Uni	23 %	16 % (2020) → 18 % (2021) → 23 % (2023) ; entrées annuelles ×7 entre 2010 et 2023 (3 000 → >21 000)
Australie	18 %	Stable, en hausse modérée
Allemagne	~10 %	En hausse continue ; avec les États-Unis et le Royaume-Uni, l'Allemagne concentre plus de 60 % du total des infirmiers formés à l'étranger dans l'OCDE
Moyenne OCDE	8,8 %	Effectifs : >800 000 en 2023, +69 % depuis 2010
France	3 %	Stable et parmi les plus bas de l'OCDE depuis au moins 2011 (confirmé DREES/OCDE)

Ce tableau confirme, avec une source officielle et une profondeur historique inédite dans cette étude, le constat déjà établi en Partie 3 : la France se situe très nettement en dessous de la moyenne OCDE (3 % contre 8,8 %) et à des années-lumière de ses voisins directs les plus engagés dans le recrutement international (Irlande 52 %, Suisse 27 %, Royaume-Uni 23 %, Allemagne environ 10 %). Il faut noter que le Royaume-Uni est désormais explicitement qualifié par l'OCDE de pays « tremplin » (stepping stone) : une partie significative des infirmiers qu'il recrute à l'international demandent ensuite un Certificate of Current Professional Status pour repartir vers d'autres destinations (États-Unis, Australie, Nouvelle-Zélande, plus de 80 % des demandes), ce qui relativise la stabilité de son modèle malgré son volume impressionnant.

22.2 La place précise de l'Inde dans les flux mondiaux

L'OCDE établit un classement précis des pays d'origine des infirmiers exerçant dans sa zone en 2020-2021 : les Philippines arrivent en tête avec environ 270 000 infirmiers, suivies par l'Inde avec environ 120 000, la Pologne avec 64 000 et le Nigéria avec 54 000. L'Inde est donc, à l'échelle mondiale, le deuxième pays fournisseur d'infirmiers de l'OCDE, loin devant des pays souvent cités comme viviers de référence (Nigéria, Pologne). Ce chiffre confirme et renforce, avec une source de tout premier plan, l'hypothèse centrale d'Himalaya Pathways : l'Inde est un vivier mondial de care déjà mobilisé à très grande échelle, et non une hypothèse spéculative (déjà établi de façon plus impressionniste en Partie 6, désormais quantifié précisément).

L'Asie constitue, plus largement, la première région d'origine des professionnels de santé migrants de l'OCDE, avec 40 % des médecins immigrés et 37 % des infirmiers immigrés. Cette donnée doit néanmoins être maniée avec prudence pour Himalaya Pathways : elle ne dit rien de la répartition infra-nationale au sein de l'Inde (Kerala très surreprésenté, Partie 5), et aucune donnée OCDE ne permet d'isoler la contribution spécifique de l'Himalaya oriental au flux national indien.

22.3 Une croissance structurelle et généralisée, avec des trajectoires nationales contrastées

Sur la décennie 2010-2023, le nombre d'infirmiers formés à l'étranger dans l'ensemble de la zone OCDE a crû de 71 %, et celui des médecins de 62 % — une hausse structurelle qui dépasse largement la croissance générale de l'emploi dans ces professions. Sur la période plus longue 2000-2020/21, le nombre de médecins et d'infirmiers nés à l'étranger (catégorie plus large que « formés à l'étranger ») a respectivement bondi de 86 % et 136 %. Cette tendance n'est cependant pas universelle : la part de médecins nés à l'étranger a par exemple diminué en France, en Estonie, en Israël et au Portugal sur la période récente, et celle des infirmiers immigrés a reculé au Danemark, en Estonie, en Israël et aux Pays-Bas — un rappel utile que la dépendance à la migration internationale de soignants n'est pas une trajectoire à sens unique partout, y compris dans des pays étudiés en détail dans ce rapport (Partie 9, Israël).

22.4 Vigilance éthique internationale : le Code de l'OMS

Le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé, adopté en 2010 et révisé en 2023, encadre désormais ces flux via une « Liste d'appui et de sauvegarde » couvrant 55 pays jugés en situation de tension critique de personnel de santé, dans lesquels un recrutement actif doit être évité sauf mesures compensatoires. Environ 89 000 médecins et 257 000 infirmiers migrants de l'OCDE sont originaires de ces 55 pays. L'Inde ne figure pas, selon les sources disponibles, sur cette liste de sauvegarde — un point qui conforte, du point de vue de l'éthique du recrutement international, la viabilité d'un projet ciblant un vivier indien plutôt qu'un pays classé en tension critique par l'OMS, mais qui devra être vérifié explicitement et documenté par Himalaya Pathways auprès de la liste actualisée de l'OMS avant tout lancement opérationnel.

Sources citées dans cette partie (Partie 22)

OCDE, « Migrations internationales des professionnels de santé vers les pays de l'OCDE », Perspectives des migrations internationales 2025, 3 novembre 2025.

OCDE, « Migrations internationales de personnel infirmier », Panorama de la santé 2025.

DREES, « Comparaisons internationales des médecins et infirmiers », fiche 31, données CNS 2023-2024, sources OCDE et Eurostat.

DREES, « Comparaisons internationales des effectifs de médecins et infirmiers », fiche 25, données BTS 2013-2021 et RPPS.

Espace Social Européen, « Dans la zone OCDE, environ un quart des médecins sont nés à l'étranger », novembre 2025.

Caducee.net, « De 7 % à 11 % : la progression continue des médecins formés hors de France », analyse de l'International Migration Outlook 2025 de l'OCDE.

PARTIE 23 — POURQUOI LA FRANCE RECRUTE-T-ELLE SI PEU DE PERSONNEL ÉTRANGER DANS LE CARE ?

Cette partie approfondit la Partie 3 pour en identifier les causes structurelles plutôt que le seul constat chiffré, désormais consolidé par une source officielle (Partie 22 : 3 % contre 8,8 % en moyenne OCDE, 52 % en Irlande).

23.1 Un obstacle administratif de premier ordre : la reconnaissance des diplômes

Cette étude a déjà établi (Partie 13) que la procédure française de reconnaissance des diplômes paramédicaux hors Union européenne (CRAE puis CNAE) prend 12 à 18 mois, contre un parcours nettement plus rapide et intégré dans le modèle allemand Triple Win (12-14 mois du début du processus à la première prise de poste, formation linguistique comprise) ou dans le modèle irlandais (qualification obtenue dans les deux ans suivant la prise de poste plutôt qu'avant le départ, Partie 11). La France est aussi le seul des pays étudiés dans ce rapport à avoir fermé, depuis 2012, la passerelle infirmier étranger vers aide-soignant (Partie 13) — une singularité réglementaire qui n'a pas d'équivalent documenté chez ses comparateurs directs.

23.2 Une langue qui exclut la France des circuits anglophones dominants

Le tableau de la Partie 22 fait apparaître que les pays les plus engagés dans le recrutement international du care (Irlande, Nouvelle-Zélande, Royaume-Uni, Australie) sont tous anglophones. L'anglais constitue la langue de travail de facto de la majorité des filières mondiales de migration du care documentées dans ce rapport (Parties 6, 9, 11), y compris pour des candidats non-anglophones d'origine (Philippines, Inde, Afrique) qui investissent alors dans l'anglais plutôt que dans une langue tierce. La France, en exigeant le français, se positionne mécaniquement en dehors de ce marché mondial dominant plutôt qu'en concurrence directe avec lui — ce qui explique une partie du écart avec l'Allemagne elle-même (environ 10 %), pays non anglophone mais qui a construit une filière de formation linguistique intégrée (Triple Win, Partie 10) que la France n'a pas répliquée.

23.3 Fragmentation des employeurs et absence de stratégie nationale

Contrairement à l'Allemagne (programme Triple Win porté nationalement par la Bundesagentur für Arbeit et GIZ) ou aux Philippines (stratégie d'État assumée depuis 1974, Partie 5), le secteur français du care se caractérise par une extrême fragmentation des employeurs : EHPAD publics, associatifs et privés, services d'aide à domicile associatifs ou commerciaux, chacun recrutant de façon autonome, sans structure de coordination nationale dédiée au recrutement international. Cette fragmentation empêche la mutualisation des coûts de sélection, de formation linguistique et d'accompagnement administratif qui rend les modèles allemand et japonais soutenables à l'échelle (Parties 8 et 10) — un obstacle organisationnel distinct de l'obstacle réglementaire, mais qui y contribue directement en empêchant l'émergence d'un acteur assez puissant pour porter une négociation bilatérale structurée comme celle que la France a pourtant déjà signée avec l'Inde sans jamais l'opérationnaliser (accord de 2018, Partie 3).

23.4 Une culture politique prudente sur l'immigration de travail dans le soin

Sans être hostile par principe à l'immigration de travail ciblée (Partie 15), la culture politique française reste marquée par une prudence particulière sur les métiers du soin, secteur hautement sensible où la qualité perçue de la prise en charge des personnes vulnérables (personnes âgées, malades) cristallise une attention publique et médiatique plus forte que pour d'autres métiers en tension (bâtiment, hôtellerie). Cette prudence n'est documentée par aucune enquête d'opinion spécifique identifiée dans cette étude (Partie 15), mais elle transparaît indirectement dans l'absence, à ce jour, de toute annonce gouvernementale française comparable au programme Triple Win allemand ou aux accords G2G israéliens, alors même que le cadre juridique bilatéral avec l'Inde existe depuis 2018.

23.5 Comparaison synthétique des causes par pays

- Allemagne : obstacle largement levé par une filière publique structurée (Triple Win) — reste un obstacle linguistique modéré, compensé par un accompagnement intégré.
- Royaume-Uni : obstacle réglementaire faible (procédures NMC relativement rapides), obstacle linguistique nul (anglais) — le pays a choisi la voie de la simplicité maximale, au prix d'une instabilité politique démontrée (Partie 6).
- Japon : obstacle linguistique le plus élevé de tous les pays étudiés (Partie 8), mais compensé par une philosophie de petite échelle et de sélection rigoureuse qui limite le volume sans jamais tenter la simplification réglementaire de masse.
- Israël : obstacle réglementaire résolu par les accords G2G (Partie 9), obstacle linguistique modéré (anglais suffisant pour la voie caregiver, non qualifiée).
- Irlande : obstacle réglementaire le plus faible de tous les pays étudiés pour le segment aide-soignant (QQI Level 5 obtenu après l'embauche, Partie 11), obstacle linguistique nul (anglais).
- France : cumul de tous les obstacles à la fois — reconnaissance longue, passerelle aide-soignant fermée depuis 2012, langue à apprendre intégralement, fragmentation des employeurs, absence de programme national structuré — ce qui explique un score OCDE nettement inférieur à tous les autres pays étudiés dans ce rapport.

23.6 Ce que cela signifie pour Himalaya Pathways

Cette analyse structurelle confirme, avec davantage de précision que la Partie 3 initiale, qu'Himalaya Pathways ne pourra pas se contenter de répliquer un modèle étranger existant : il devra, à son échelle, assumer une partie du rôle que joue GIZ en Allemagne ou JICWELS au Japon — coordination, formation linguistique intégrée, accompagnement administratif — précisément parce qu'aucun acteur français équivalent n'existe à ce jour pour ce segment. C'est une charge organisationnelle réelle, mais aussi, en creux, la justification de l'existence même du projet : il occupe un rôle de coordination qu'aucune autre structure ne remplit actuellement en France pour ce vivier spécifique.

Sources citées dans cette partie (Partie 23)

Synthèse et approfondissement des constats des Parties 3, 8, 9, 10, 11 et 13 de cette étude, à la lumière des données OCDE de la Partie 22.

PARTIE 24 — POURQUOI LES TERRITOIRES RURAUX FRANÇAIS CONSTITUENT UN TERRAIN PARTICULIÈREMENT PERTINENT

24.1 Une déprise démographique et un vieillissement documentés précisément

Selon l'INSEE, la population des territoires ruraux a diminué d'environ 3 % au cours de la décennie 2010, tandis que la population urbaine continuait de croître sur la même période — une divergence confirmée par des données plus récentes : entre 2017 et 2022, la population croît 2,5 fois plus vite en moyenne dans l'espace urbain (+0,5 % par an) que dans l'ensemble de l'espace rural (+0,2 % par an), avec même un ralentissement net du rural périurbain (+0,4 % par an sur 2017-2022 après +0,6 % sur 2012-2017). Cette déprise démographique s'accompagne d'un accès aux services de la vie courante nettement dégradé avec la baisse de densité : le temps d'accès médian au panier de services de la vie courante double dans les territoires peu denses et plus que triple dans les communes très peu denses, par rapport aux zones urbaines denses.

24.2 Des logements vacants massivement concentrés dans les zones en déprise

L'INSEE établit que la France comptait 1,2 million de logements vacants supplémentaires en 2024 par rapport à 1990, une hausse concentrée « surtout dans les zones en déprise démographique ». Le milieu rural concentre à lui seul 37 % de l'ensemble de la vacance résidentielle française. Cette vacance y est en outre plus structurelle et de plus longue durée qu'en ville : dans les communes rurales, la moitié des logements inhabités le sont depuis plus de deux ans, contre un tiers dans les communes urbaines, et jusqu'à six logements sur dix dans les communes rurales à habitat très dispersé. Le gouvernement a créé, en réponse, une prime de sortie de la vacance de 5 000 € par logement, spécifiquement pensée pour ce phénomène rural. Ce constat est directement pertinent pour Himalaya Pathways : la question du logement des candidates, identifiée comme un facteur clé de mobilité et d'intégration (Parties 14-15), pourrait dans certains territoires s'appuyer sur un parc de logements vacants disponible plutôt que sur une offre locative tendue comme c'est le cas dans les métropoles.

24.3 Une action publique déjà engagée, sur laquelle Himalaya Pathways pourrait s'articuler

Plusieurs dispositifs publics récents ciblent spécifiquement ces territoires et pourraient constituer des points d'ancrage pour un projet comme Himalaya Pathways : le nouveau zonage « France ruralités revitalisation », entré en vigueur au 1er juillet 2024 en remplacement des zones de revitalisation rurale (ZRR), couvre jusqu'à 17 717 communes et simplifie les exonérations fiscales et sociales pour les acteurs économiques de ces territoires ; le déploiement de 100 « médicobus » et le doublement du nombre de maisons de santé (jusqu'à 4 000) prévu d'ici 2027 visent à garantir un accès aux soins selon une démarche « d'aller-vers » ; et un fonds de soutien de 90 millions d'euros sur trois ans est dédié à la mobilité rurale de dernier kilomètre — un dispositif directement pertinent pour la problématique de mobilité des candidates identifiée en Partie 14.

24.4 Pourquoi de petites cohortes seraient plus pertinentes en zone rurale qu'en métropole

Cette étude a déjà établi (Partie 15) que le risque d'isolement d'une candidate constitue un facteur de risque majeur pour la réussite du projet, et que le regroupement de plusieurs candidates dans un même bassin d'emploi en est le principal levier de mitigation. Ce raisonnement trouve un écho structurel dans les données de cette partie : dans une grande métropole, l'arrivée de quelques travailleuses supplémentaires dans le secteur du care est statistiquement invisible et sans effet notable sur l'offre de soin locale. Dans une petite commune rurale de quelques milliers d'habitants confrontée à la fermeture d'un service ou à une pénurie criante de personnel dans son unique EHPAD ou son unique service d'aide à domicile, l'arrivée de deux ou trois professionnelles supplémentaires correctement intégrées peut avoir un effet local mesurable et visible — sur le maintien du service lui-même, sur la relation de confiance avec les familles (Partie 15), et sur la reconnaissance de l'utilité du projet par les élus locaux, condition de sa répliquabilité (Partie 17).

Cette échelle d'intervention correspond également mieux à l'ambition de petites cohortes affichée dès l'origine par Himalaya Pathways que ne le ferait un placement dans un grand établissement urbain où l'effet resterait marginal. Le constat n'est cependant pas exempt de contrepartie : Partie 14 a montré que les postes ruraux sont aussi les plus exigeants en mobilité (permis de conduire, véhicule) — un arbitrage à documenter précisément lors du choix des premiers sites pilotes plutôt qu'à trancher a priori dans ce Livre blanc.

24.5 Absence d'étude de cas française ou étrangère directement comparable

Cette recherche n'a pas identifié d'étude de cas documentée portant spécifiquement sur l'implantation de petites cohortes de travailleuses du care originaires d'Asie du Sud dans des communes rurales françaises — pour la bonne raison, déjà établie en Partie 3, qu'un tel recrutement international structuré n'existe pratiquement pas en France à ce jour. Les précédents les plus proches identifiés dans cette étude restent internationaux et non ruraux au sens français : le modèle japonais (Partie 8), qui place des candidates EPA dans des établissements individuels plutôt que des cohortes rurales groupées, ou le modèle allemand Triple Win (Partie 10), majoritairement orienté vers des établissements hospitaliers urbains. Ce point doit être ajouté à la liste des données manquantes nécessitant une vérification de terrain (Partie 18) : aucune expérience comparable n'existe encore pour valider empiriquement l'hypothèse, développée dans cette partie, que la ruralité française serait un terrain particulièrement favorable — c'est une hypothèse structurellement plausible, appuyée sur des données de contexte solides, mais non encore démontrée par un précédent direct.

Sources citées dans cette partie (Partie 24)

INSEE, « Une nouvelle définition du rural pour mieux rendre compte des réalités des territoires et de leurs transformations », 2021, citée par le Sénat (question écrite qSEQ230707612, avril 2024).

INSEE, présentation au Sénat, colloque « Les ruralités et transitions », données de recensement 2012-2022 sur l'évolution démographique et l'accès aux services par type d'espace.

INSEE Première n°1979, « 1,2 million de logements vacants supplémentaires en France depuis 1990, surtout dans les zones en déprise démographique », janvier 2024.

INSEE Focus n°359, « Parc de logements au 1er janvier 2025 ».

INSEE Analyses Centre-Val de Loire n°79, « Quatre logements vacants sur dix le sont depuis plus de deux ans ».

Sénat, réponse ministérielle publiée au JO Sénat du 25/04/2024, « Déclin démographique et vieillissement de la population dans les territoires ruraux » — zonage France ruralités revitalisation, medicobus, maisons de santé.

PARTIE 25 — FUTURS ASSOUPPLISSEMENTS POSSIBLES EN FRANCE : SCÉNARIOS 2027, 2030, 2040

Cette partie doit être lue avec une prudence particulière : il s'agit, par nature, d'un exercice de projection sur des évolutions législatives et réglementaires futures, non de faits établis. Chaque scénario est assorti d'une probabilité qualitative (faible/moyenne/élevée) et de ses limites, conformément à l'exigence de rigueur de cette étude.

25.1 Ce qui vient de changer : la loi sur la profession d'infirmier (juin 2025)

Un fait acquis, non un scénario : la loi n°2025-581 du 27 juin 2025 relative à la profession d'infirmier a été promulguée après un parcours parlementaire achevé le 19 juin 2025. Elle ne porte pas directement sur le recrutement international, mais fait évoluer la définition légale de la profession, jusqu'ici fondée sur un « décret d'actes » jugé atypique par l'IGAS par rapport aux pays comparables (Espagne, Italie, Royaume-Uni, Allemagne, qui définissent la profession par grandes missions plutôt que par une liste exhaustive d'actes). Cette évolution du cadre professionnel de référence pourrait, à terme, faciliter une comparaison et une reconnaissance plus aisées des qualifications étrangères, mais aucune disposition de cette loi ne modifie à ce jour la procédure CRAE/CNAE elle-même (Partie 13).

25.2 Une proposition de loi sénatoriale déjà déposée sur la simplification des Padhue

Un signal concret et déjà engagé, plus qu'un simple scénario : une proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, examinée au Sénat, comporte des articles 8, 9 et 10 explicitement consacrés à mieux évaluer les besoins de recrutement des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue) et à simplifier leur dispositif d'autorisation d'exercice, avec un objectif explicite de les orienter vers les zones sous-denses. Ce texte concerne à ce stade principalement les médecins, mais la logique — simplification de la procédure de reconnaissance couplée à une orientation territoriale vers les zones en tension — est directement transposable au débat sur les infirmiers et aides-soignants étrangers, et illustre une dynamique parlementaire réelle en faveur de l'assouplissement, plutôt qu'une hypothèse purement spéculative.

25.3 Scénario à horizon 2027 : probabilité moyenne

Compte tenu du calendrier déjà engagé (loi infirmier de 2025, proposition de loi Padhue en cours d'examen, actualisation annuelle de la liste des métiers en tension qui a déjà intégré aide-soignant et auxiliaire de vie en 2025, Partie 13), un assouplissement incrémental de la procédure de reconnaissance des diplômes paramédicaux hors UE — sans réforme structurelle profonde — apparaît d'une probabilité moyenne à cet horizon. Les leviers les plus probables : accélération des délais CRAE/CNAE, clarification de la procédure pour les diplômes GNM indiens spécifiquement (aucune clarification de ce type n'existe à ce jour, Partie 13), et poursuite de l'élargissement de la liste des métiers en tension. Une réouverture de la passerelle infirmier étranger vers aide-soignant, fermée depuis 2012 (Partie 13), reste en revanche d'une probabilité faible à cet horizon, aucun signal parlementaire allant dans ce sens n'ayant été identifié.

25.4 Scénario à horizon 2030 : probabilité moyenne à élevée sur la pression structurelle, faible à moyenne sur la réponse législative

À cet horizon, la pression démographique elle-même est certaine et déjà chiffrée par les autorités françaises : le ministère de la Santé estime que la France manquera de 80 000 infirmiers en 2050 à tendances inchangées (un chiffre spécifique aux infirmiers, distinct du chiffre plus large de 150 000 à 200 000 emplois de care établi en Partie 1, qui couvre l'ensemble des métiers de l'aide à l'autonomie) et la trajectoire 2030 du Sénat table sur 210 000 postes d'aides-soignants et d'aides à domicile à pourvoir (Partie 1). Cette pression rend probable, à cet horizon, une intensification du débat public sur le recrutement international — mais la probabilité qu'elle se traduise par un programme français structuré comparable au Triple Win allemand reste seulement moyenne : la France n'a, à ce jour, engagé aucune démarche de ce type malgré un accord bilatéral franco-indien disponible depuis 2018 (Partie 3), ce qui traduit une inertie institutionnelle qu'une seule décennie supplémentaire de pression démographique ne suffira pas nécessairement à lever, sauf volonté politique explicite.

25.5 Scénario à horizon 2040 : probabilité élevée d'un dispositif structuré, sous réserve d'un choix politique explicite

À cet horizon plus lointain, deux trajectoires contrastées restent également plausibles en l'état des informations disponibles. Trajectoire A (probabilité moyenne) : la France, confrontée à une pénurie devenue structurellement intenable (le pic démographique du vieillissement français se situant précisément aux alentours de 2040-2050, Partie 1), se dote d'un programme de recrutement international structuré à l'allemande ou à la japonaise, mobilisant l'accord France-Inde existant et, potentiellement, de nouveaux accords bilatéraux ciblés avec d'autres pays. Trajectoire B (probabilité également moyenne) : la France continue de miser prioritairement sur les leviers domestiques (revalorisation salariale, automatisation partielle, transferts de compétences entre professions de santé, illustrés par les débats actuels sur la pratique avancée infirmière), avec un recrutement international qui reste marginal et fragmenté, comme c'est le cas depuis au moins 2011 (Partie 22). Cette étude ne dispose d'aucun élément permettant de trancher entre ces deux trajectoires avec un niveau de confiance élevé : la probabilité doit être présentée comme partagée, non comme acquise en faveur de l'une ou l'autre.

25.6 Implication pour Himalaya Pathways

Ces scénarios ont une conséquence stratégique directe : Himalaya Pathways ne devrait pas fonder son modèle économique ou son calendrier sur l'hypothèse d'un assouplissement réglementaire français à venir, aussi plausible soit-il à moyen terme. Le projet doit être conçu pour être viable dans le cadre juridique actuel (Partie 13), avec la voie aide-soignante par IFAS comme option la plus sûre à court terme (Partie 17) — un éventuel assouplissement futur (accélération CRAE/CNAE, clarification pour les diplômes GNM, voire réouverture de la passerelle infirmier-aide-soignant) constituerait alors une amélioration bienvenue du modèle plutôt qu'une condition de sa viabilité initiale.

Sources citées dans cette partie (Partie 25)

Sénat, rapport n°679 (2024-2025) et loi n°2025-581 du 27 juin 2025 relative à la profession d'infirmier, Journal officiel n°149 du 28 juin 2025.

Sénat, « Proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires » (l24-576), articles 8 à 10 sur les Padhue.

Sénat, IGAS, rapport de 2022 relatif à la profession et à la formation infirmières, cité dans le rapport n°679.

Sénat, « Proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé » (l22-328), données sur la pratique avancée infirmière et la projection de 80 000 infirmiers manquants en 2050.

France Accueil / Eures / info.gouv.fr, arrêté du 21 mai 2025 sur la liste des métiers en tension (réutilisé de la Partie 13).

PARTIE 26 — ÉTUDE ÉCONOMIQUE ET FINANCIÈRE COMPLÈTE DU MODÈLE HIMALAYA PATHWAYS

Cette partie approfondit la Partie 17 avec une décomposition plus fine des coûts par candidate et une cartographie des financeurs potentiels. Conformément au principe de rigueur retenu depuis le début de cette étude, les montants présentés sont soit directement sourcés (formation IFAS, permis de conduire, visa), soit présentés comme des fourchettes indicatives nécessitant un devis partenaire avant tout engagement — jamais comme des totaux inventés pour donner une fausse impression de précision.

26.1 Décomposition détaillée du coût par candidate

Poste de coût	Montant	Statut de la donnée
Formation français (14-20 mois, objectif B1-B2)	À chiffrer avec l'Alliance Française de Kolkata	Devis partenaire requis (Partie 28)
Certification DELF (frais d'examen, par niveau)	Quelques dizaines d'euros par niveau + 20-30 € de frais de dossier	Sourcé (Partie 12)
Formation aide-soignante IFAS (10-11 mois, France)	6 100 € à 11 165 € selon institut et région	Sourcé (Partie 17)
Visa long séjour (frais de dossier)	Jusqu'à environ 90 € (tarif standard Schengen long séjour)	Sourcé
Taxe de validation OFII (VLS-TS salarié)	100 € à 300 € selon le type de visa (tarifs mai 2026)	Sourcé
Voyage (billet d'avion Inde-France, aller simple)	Variable selon saison et origine	À chiffrer au moment du placement
Logement initial (installation, caution, mobilier de base)	Variable selon territoire	À chiffrer avec l'employeur pilote (Partie 24 : parc de logements vacants ruraux comme piste de réduction)
Permis de conduire français (si poste rural l'exige)	1 200 € à 1 700 €	Sourcé (Partie 14)
Accompagnement administratif (structure porteuse)	Coût de structure, non individualisable par candidate	À modéliser séparément (26.4)

Le seul total chiffrable avec les données actuellement sourcées (formation IFAS + permis + visa + OFII) s'établit dans une fourchette de 7 500 € à 13 250 € par candidate, hors formation linguistique, voyage, logement et accompagnement — postes qui doivent impérativement être ajoutés avant tout engagement financier réel, mais qui nécessitent des devis spécifiques que cette recherche documentaire ne permet pas de produire de façon fiable. Toute communication chiffrée d'Himalaya Pathways auprès de partenaires devrait, à ce stade, présenter cette fourchette partielle plutôt qu'un total global non vérifié.

26.2 Scénarios à 5, 10 et 20 candidates

En reprenant la fourchette partielle sourcée ci-dessus (7 500 à 13 250 € par candidate) comme base de calcul strictement illustrative — et non comme budget final —, le coût cumulé de la seule formation réglementaire (IFAS, permis, visa, OFII) s'établirait entre 37 500 € et 66 250 € pour 5 candidates (Scénario A, Partie 17), entre 75 000 € et 132 500 € pour 10 candidates (Scénario B), et entre 150 000 € et 265 000 € pour 20 candidates. À ces montants s'ajouteraient, non chiffrés à ce stade : la formation linguistique complète (14-20 mois), le logement, le voyage, et le fonctionnement de la structure porteuse elle-même (26.4). Un budget global réaliste par candidate, tous postes compris, se situerait vraisemblablement entre 12 000 € et 20 000 € selon les hypothèses de coût linguistique et de logement

retenues — cette fourchette élargie reste une estimation de travail à affiner impérativement avec des devis réels avant toute communication à des financeurs (Partie 18).

26.3 Qui pourrait financer : cartographie des financeurs potentiels

- Employeurs (EHPAD, services d'aide à domicile) : financement direct de la formation IFAS via le plan de formation continue, comme le prévoient déjà plusieurs IFAS pour les salariés en poste (Partie 17) — nécessite un engagement contractuel de la candidate à exercer un nombre d'années minimum chez l'employeur financeur, sur le modèle des contrats d'allocation d'études (CAE) déjà pratiqués en Île-de-France pour d'autres candidats à la formation aide-soignante.
- OPCO (opérateurs de compétences) : financement de la formation IFAS pour les salariés déjà en poste ou en contrat de professionnalisation/apprentissage — mécanisme déjà mobilisé pour financer les formations aide-soignantes classiques (Partie 17), à mobiliser de la même façon pour des candidates recrutées à l'international si le cadre contractuel de l'emploi le permet dès l'arrivée.
- Conseils régionaux : prise en charge partielle ou totale du coût de la formation IFAS pour certains publics (demandeurs d'emploi, moins de 26 ans, boursiers) selon des critères définis région par région — l'éligibilité de candidates recrutées à l'international à ces dispositifs régionaux n'est pas établie par cette recherche et doit être vérifiée directement auprès de chaque conseil régional ciblé (donnée manquante, Partie 18).
- Conseils départementaux et ARS : financeurs potentiels de dispositifs territoriaux de santé (zonage France ruralités revitalisation, maisons de santé, Partie 24), mais aucun dispositif départemental ou ARS spécifiquement dédié au financement de recrutement international de personnel de care n'a été identifié dans cette recherche — piste à explorer plutôt que solution déjà disponible.
- France Travail : financement possible via l'Aide Individuelle à la Formation (AIF) ou la rémunération des stagiaires de la formation professionnelle pour les demandeurs d'emploi (Partie 17) — statut qui ne correspond pas directement à celui d'une candidate recrutée depuis l'étranger et arrivant avec un contrat de travail, ce qui limite a priori l'applicabilité de ce levier sans adaptation.
- Fondations et mécénat : aucune fondation ou dispositif de mécénat français spécifiquement dédié au financement de filières de recrutement international dans le care n'a été identifié dans cette recherche — un vide qui pourrait constituer, en creux, une opportunité de positionnement pour Himalaya Pathways auprès de fondations d'entreprise du secteur de la santé, du grand âge, ou de la solidarité internationale, à condition de construire un dossier de mécénat dédié.
- Union européenne : le Fonds « Asile, migration et intégration » (FAMI) finance des projets d'intégration de ressortissants de pays tiers dans les États membres, et pourrait théoriquement couvrir une partie de l'accompagnement à l'intégration des candidates (hors formation professionnelle proprement dite, qui relève d'autres lignes budgétaires) — l'éligibilité précise d'un projet comme Himalaya Pathways à ce fonds n'a pas été vérifiée dans le cadre de cette recherche et nécessite une instruction dédiée auprès de l'autorité de gestion française du FAMI (Direction générale des étrangers en France).
- Programmes franco-indiens : l'accord de partenariat pour les migrations et la mobilité France-Inde de 2018 (Partie 3) ne prévoit, en l'état des sources consultées, aucune ligne de financement dédiée — c'est un cadre juridique facilitateur, non un dispositif de subvention. Aucun programme franco-indien de financement de la formation professionnelle dans le care n'a été identifié à ce jour.

26.4 Le coût de la structure porteuse elle-même

Au-delà du coût par candidate, cette étude doit signaler un poste de coût rarement anticipé mais structurant : le fonctionnement de la structure porteuse d'Himalaya Pathways elle-même — sélection des candidates en Inde, coordination avec les établissements de formation et l'Alliance Française, mise en relation avec les employeurs français, accompagnement administratif et suivi post-arrivée. Cette fonction de coordination, assurée en Allemagne par GIZ et au Japon par JICWELS (Parties 8 et 10), ne peut pas être improvisée ni traitée comme un coût marginal : elle suppose, a minima, un référent dédié côté Himalaya oriental et un référent dédié côté France, dont le financement (salaires, déplacements, fonctionnement) doit être budgété séparément du coût unitaire par candidate et documenté dans un modèle économique propre à la structure elle-même — un travail qui dépasse le périmètre de cette étude documentaire et relève de la prochaine étape opérationnelle du projet.

26.5 Principe directeur : aucun coût à la charge des candidates

Conformément au principe déjà posé en Partie 16 (risque financier) et en Partie 17, cette étude recommande explicitement qu'aucun des postes de coût énumérés en 26.1 ne soit répercuté, même partiellement, sur les candidates elles-mêmes — sur le modèle du G2G israélien et du Triple Win allemand, tous deux gratuits pour le candidat (Parties 9-10). Ce principe a une conséquence directe sur la cartographie des financeurs de 26.3 : il exclut d'emblée tout modèle reposant sur un prêt ou une avance remboursée par la candidate sur son salaire futur, mécanisme documenté comme facteur d'exploitation dans plusieurs des filières internationales étudiées dans ce rapport (Parties 5, 9).

Sources citées dans cette partie (Partie 26)

Démarches Étrangères, « Visa long séjour vs court séjour France 2026 » et « Visa long séjour VLS-TS 2026 — validation OFII et démarches », tarifs 2026.

Service Public (service-public.gouv.fr), « Visa de long séjour (séjour de plus de 3 mois à 1 an) ».

Hiliv, « Guide des types de visas France 2026 : Court & Long Séjour ».

France-Visas, « Inde », modalités de dépôt de dossier de visa long séjour depuis l'Inde.

Synthèse et réutilisation des données sourcées aux Parties 12, 14, 16 et 17 de cette étude.

PARTIE 27 — PERMIS DE CONDUIRE ET MOBILITÉ EN ZONE RURALE : APPROFONDISSEMENT

27.1 Ce que cette étude peut établir avec certitude sur le permis indien

Les Parties 14 et 26 ont déjà établi les faits réglementaires centraux : un permis de conduire indien n'est pas échangeable contre un permis français, faute d'accord de réciprocité entre les deux pays (à la différence du Maroc, de la Tunisie, du Sénégal, de Madagascar ou du Japon) ; une candidate doit donc repasser intégralement le code et la conduite dans l'année suivant l'obtention de son titre de séjour, pour un coût de 1 200 à 1 700 € et un délai de 4 à 8 mois.

27.2 Statistiques de possession du permis chez les jeunes femmes de la région himalayenne : une donnée manquante à traiter comme telle

Cette recherche n'a identifié aucune statistique fiable et spécifique sur le taux de possession du permis de conduire chez les jeunes femmes de Darjeeling, Kalimpong ou du Sikkim. Ce n'est pas un oubli de méthode : une telle donnée n'est, à notre connaissance, pas publiée de façon désagrégée par genre et par district par les autorités indiennes compétentes (Regional Transport Offices). Il serait malhonnête de combler ce vide par une extrapolation nationale indienne, les taux de motorisation et de possession du permis variant énormément selon les régions, le milieu urbain ou rural, et le niveau socio-économique. Ce point doit figurer explicitement parmi les données à recueillir par l'enquête de terrain déjà prévue en Partie 18 : le taux de possession préalable du permis parmi les candidates présélectionnées devrait être demandé systématiquement lors de l'entretien de sélection, ce qui permettra à Himalaya Pathways de construire sa propre base de données sur ce point dès les premières cohortes plutôt que d'attendre une statistique publique qui n'existe pas.

Ce que l'on peut avancer avec prudence, à partir du contexte général établi en Partie 4 : la région dispose d'un réseau routier de montagne engageant une pratique de la conduite (automobile ou deux-roues) relativement répandue pour les déplacements quotidiens en l'absence de transport en commun dense, ce qui suggère qu'une partie significative des candidates pourrait déjà détenir une expérience de conduite pratique, même si celle-ci ne se traduit pas automatiquement par une équivalence administrative en France (27.1).

27.3 Formation au permis avant le départ : une option à examiner mais non documentée

L'idée d'organiser une préparation à la conduite, voire un passage anticipé d'un permis reconnu, avant le départ des candidates, mérite d'être explorée mais se heurte à un obstacle de fond déjà établi : aucune équivalence n'existe entre le permis indien et le permis français, quel que soit le niveau de préparation ou d'expérience de la candidate avant son départ. Une formation à la conduite dispensée en Inde avant le départ pourrait néanmoins avoir une valeur réelle, non pas administrative, mais pratique : elle réduirait le nombre d'heures de formation pratique nécessaires une fois en France (les 13 à 20 heures mentionnées en Partie 14 étant un minimum réglementaire, non un maximum, pour les candidats ayant déjà une expérience de conduite). Cette piste reste cependant hypothétique et n'a pas été validée par une source documentaire spécifique dans le cadre de cette recherche.

27.4 Panorama complet des solutions de mobilité, au-delà du seul permis de conduire

- Vélo à assistance électrique : solution déjà identifiée en Partie 14 pour les zones à faible relief et rayon d'intervention limité (5-10 km) ; à nuancer pour la topographie de montagne de certains territoires ruraux français comparable à celle d'origine des candidates, où le relief peut au contraire faciliter l'adaptation plutôt que la freiner.
- Scooter électrique : solution intermédiaire entre le vélo et la voiture, nécessitant un permis A1/AM (accessible dès 14 ans pour les cyclomoteurs légers, sans commune mesure avec la lourdeur du permis B) — option non mentionnée en Partie 14 et qui mériterait d'être ajoutée à la palette de solutions pour les zones à relief modéré, avec un coût d'acquisition et de formation nettement inférieur à celui du permis B complet.
- Covoiturage organisé avec des collègues : déjà identifié en Partie 14 comme solution de transition, en particulier pendant la période précédant l'obtention du permis français.
- Véhicule partagé (autopartage associatif ou communal) : plusieurs communes rurales françaises ont mis en place des dispositifs d'autopartage à faible coût pour les habitants ne disposant pas de véhicule personnel ; leur application spécifique à des salariées du care n'a pas été documentée par cette recherche mais constitue une piste cohérente avec le fonds de mobilité rurale de 90 millions d'euros déjà identifié en Partie 24.
- Véhicule de service fourni par l'employeur : déjà identifié en Partie 14 comme la solution la plus fréquente et la plus simple pour la période de transition, en particulier pour les structures de type SSIAD ou association d'aide à domicile qui disposent déjà de flottes de véhicules partagés entre plusieurs intervenants.
- Location de courte durée : option de transition pour la période précédant l'obtention du permis français, non chiffrée dans cette étude mais à intégrer au budget de la Partie 26 si retenue.
- Logement proche du lieu de travail : déjà identifié en Partie 14 comme le levier le plus structurellement efficace, renforcé par le constat de la Partie 24 sur la disponibilité de logements vacants dans les zones rurales en déprise démographique.
- Transport à la demande et navettes communales : plusieurs territoires ruraux français ont développé des systèmes de transport à la demande (réservation téléphonique, minibus communal) dans le cadre de leur politique de mobilité inclusive ; leur usage potentiel par des salariées du care en horaires décalés ou fragmentés (Partie 2) n'a pas été documenté par cette recherche et doit être vérifié territoire par territoire, les horaires de ces dispositifs étant généralement calés sur les besoins scolaires ou administratifs plutôt que sur les horaires atypiques du soin à domicile.

27.5 Exemples réels de services d'aide à domicile français : une limite à signaler honnêtement

Cette recherche documentaire n'a pas permis d'identifier des études de cas nommées et publiquement documentées de services français d'aide à domicile ayant mis en place, de façon systématique, l'une ou l'autre des solutions de mobilité énumérées en 27.4 au bénéfice de salariées récemment recrutées à l'international. C'est cohérent avec le constat déjà établi (Partie 3) que le recrutement international structuré dans le care reste quasiment inexistant en France à ce jour : les dispositifs de mobilité rurale identifiés (fonds de 90 millions d'euros, autopartage communal, transport à la demande, Partie 24) existent pour la population rurale en général, mais n'ont pas été spécifiquement testés pour ce public. Cette recherche recommande, pour combler ce vide, qu'Himalaya Pathways prenne directement contact avec des fédérations professionnelles du secteur (UNA, ADMR, fédérations d'EH PAD) pour identifier

des services ayant déjà expérimenté des solutions de mobilité innovantes pour leur personnel, même hors contexte de recrutement international — une donnée à recueillir en priorité (Partie 18).

Sources citées dans cette partie (Partie 27)

Synthèse et approfondissement des constats des Parties 4, 14, 24 et 26 de cette étude.

Absence de source spécifique identifiée pour les statistiques de possession du permis chez les jeunes femmes de l'Himalaya oriental indien — lacune documentée explicitement plutôt que comblée par extrapolation, conformément à l'exigence de rigueur de cette étude.

PARTIE 28 — LA PLACE DE L'ALLIANCE FRANÇAISE

28.1 Missions officielles et gouvernance du réseau

L'Alliance française a été fondée en 1883. Le réseau mondial est aujourd'hui coordonné par la Fondation des Alliances Françaises, reconnue d'utilité publique, créée en 2007, qui délivre le label « Alliance Française » sur la base du respect d'une charte commune. Chaque Alliance Française est une association de droit local autonome, ce qui signifie concrètement qu'un partenariat avec l'Alliance Française de Kolkata (Partie 12) relèverait d'une négociation directe avec cette structure locale plutôt que d'un accord centralisé négocié à Paris. Les chiffres les plus récents identifiés dans cette recherche font état d'environ 835 Alliances Françaises réparties dans 133 pays, accueillant plus de 500 000 étudiants par an — le premier réseau culturel mondial à but non lucratif, selon les sources consultées.

Les missions statutaires du réseau sont clairement définies : diffuser et promouvoir l'enseignement de la langue française dans le monde, contribuer à la diffusion des cultures francophones, et favoriser la diversité culturelle. Chaque Alliance Française sert également de centre d'examen pour les certifications officielles DELF et DALF (Partie 12).

28.2 Un signal institutionnel favorable, à documenter précisément

Le réseau français de coopération et d'action culturelle — dont les Alliances Françaises constituent la dimension associative, aux côtés des Instituts français gérés directement par le ministère — a explicitement élargi son champ de mission ces dernières années pour inclure, parmi ses nouveaux axes stratégiques, les migrations internationales, aux côtés du débat d'idées, de la promotion des études en France et du numérique. Cette évolution est documentée par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères lui-même. Il convient cependant d'être précis sur la portée de ce constat : cette priorité stratégique concerne le réseau de coopération et d'action culturelle dans son ensemble (services des ambassades, Instituts français), et ne constitue pas, en tant que telle, un engagement direct ou automatique des Alliances Françaises locales, qui restent des associations autonomes. Le lien entre cette orientation stratégique nationale et une Alliance Française locale précise comme celle de Kolkata reste donc à établir cas par cas, non à présumer.

Un point de vigilance identifié directement dans les sources de la Fondation des Alliances Françaises : la Fondation elle-même précise explicitement que « les moyens dédiés à l'action culturelle ne permettent pas à la Fondation Alliance Française de s'associer au financement d'initiatives individuelles, fussent-elles de qualité ». Concrètement, cela signifie qu'un partenariat entre Himalaya Pathways et l'Alliance Française de Kolkata ne pourrait pas reposer sur un financement de la Fondation centrale, mais devrait s'appuyer sur une relation commerciale ou de partenariat pédagogique classique (achat de formations, module dédié) négociée directement avec l'Alliance locale.

28.3 Cohérence entre un programme Himalaya Pathways et la mission de l'Alliance Française

Sur la base des seules missions statutaires documentées (28.1), un programme de préparation linguistique de candidates himalayennes s'inscrit dans le cœur de métier de toute Alliance Française : cours de français langue étrangère et préparation aux certifications DELF/DALF, exactement le service que l'Alliance Française de Kolkata propose déjà à son public généraliste. Il ne s'agirait donc pas d'une mission nouvelle ou exotique pour l'Alliance Française, mais d'un module spécifique (vocabulaire

professionnel du soin, préparation à un objectif B1-B2 dans un calendrier resserré de 14-20 mois, Partie 12) au sein d'une offre déjà existante — une hypothèse cohérente et raisonnable, mais qui reste, comme la Partie 12 l'avait déjà signalé, à chiffrer et à formaliser directement avec l'institution plutôt qu'à présumer acquise.

28.4 Ce que cette étude ne permet pas d'affirmer

Conformément à la consigne de ne produire aucune spéculation sur ce sujet, cette étude ne peut pas affirmer : que l'Alliance Française de Kolkata dispose d'une capacité d'accueil suffisante pour un programme dédié à Himalaya Pathways ; qu'elle serait disposée à développer un module de français professionnel du soin spécifique ; qu'elle accepterait de délocaliser une partie de son enseignement dans la région Darjeeling-Sikkim plutôt que d'exiger des déplacements des candidates vers Kolkata ; ou quel serait le tarif précis d'un tel partenariat. Ces quatre points doivent faire l'objet d'un contact direct et d'une négociation avec l'Alliance Française de Kolkata avant toute inscription de cette hypothèse dans un modèle économique ferme (Partie 18).

Sources citées dans cette partie (Partie 28)

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères (diplomatie.gouv.fr), « Réseau de coopération et d'action culturelle », mise à jour du 28 avril 2026.

Ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, « Le réseau de coopération et d'action culturelle », données chiffrées sur les apprenants et le réseau.

Fondation des Alliances Françaises, FLE.fr, « Fondation des Alliances Françaises », données 2026 sur le réseau mondial (835 Alliances, 133 pays).

Fondation des Alliances Françaises, « Promouvoir la culture francophone », précision sur l'absence de financement d'initiatives individuelles par la Fondation.

Mission laïque française, « Quelle place aujourd'hui pour la langue française dans le monde et quelles perspectives ? ».

Alliance Française de France, « Nos partenaires », données sur Campus France et le réseau associé.

PARTIE 29 — DIMENSION HUMAINE ET VISION DU PROJET

29.1 Pourquoi un projet comme Himalaya Pathways mérite d'être exploré

Au terme de cette étude — vingt-neuf parties, plus de soixante pages, appuyées sur des sources allant de l'OCDE et de la DREES à l'INSEE, au Sénat, à l'OMS et à la littérature académique — la réponse à cette question ne peut être ni militante ni idéaliste, conformément à la consigne posée dès l'origine de ce travail. Elle tient en une observation simple, mais qui traverse chacune des vingt-neuf parties qui précèdent : il existe, d'un côté, un besoin français massif, documenté avec une précision inhabituelle par les institutions publiques (150 000 à 200 000 emplois de care nécessaires d'ici 2050, Partie 1) ; de l'autre, un vivier régional identifiable, doté d'atouts réels mais modestes (infrastructure de formation infirmière déjà opérationnelle, héritage anglophone documenté, culture de la mobilité économique déjà établie, Parties 4 et 20) ; et, entre les deux, un cadre juridique bilatéral déjà signé depuis 2018 mais jamais opérationnalisé (Partie 3). Himalaya Pathways ne comble pas un vide qui n'existerait pas autrement : il propose d'occuper un espace précis, documenté, et actuellement inoccupé, entre un besoin réel et un vivier réel.

29.2 Un positionnement délibérément modeste

Cette étude a, à de nombreuses reprises, mis en garde contre la tentation de présenter Himalaya Pathways comme une réponse à l'échelle du problème français. Ce n'est ni possible (Partie 5 : le vivier régional est de taille modeste comparé aux Philippines ou au Kerala), ni souhaitable (Partie 16 : le risque de fuite des cerveaux, documenté par le précédent philippin, croît avec le volume). La vision qui se dégage de cette étude n'est donc pas celle d'un projet appelé à grandir indéfiniment, mais celle d'un dispositif à échelle humaine — cinq candidates, puis dix, puis peut-être une cohorte plus large répartie entre plusieurs communes (Partie 17) — dont la valeur ne se mesure pas en volume mais en qualité de préparation, en solidité des placements, et en capacité à démontrer, sur la durée, qu'un modèle alternatif au recrutement de masse britannique ou au silence français est possible.

29.3 Ce que cette étude a changé par rapport à l'intuition de départ

Il est utile, dans cette conclusion, de nommer honnêtement ce que vingt-neuf parties de recherche documentaire ont confirmé, nuancé, ou corrigé par rapport à l'intuition initiale du projet. Confirmé : l'ampleur du besoin français, l'existence d'un cadre juridique bilatéral disponible, la viabilité démontrée ailleurs (Japon, Allemagne, Israël, Irlande) de modèles comparables. Nuancé : l'ampleur réelle du vivier himalayen, plus modeste que ce qu'une lecture rapide pourrait suggérer, et la nécessité de distinguer nettement la voie infirmière de la voie aide-soignante plutôt que de les traiter comme interchangeables. Corrigé, ou du moins précisé de façon inattendue : la fermeture, depuis 2012, de la passerelle infirmier étranger vers aide-soignant (Partie 13), qui n'était probablement pas connue au moment de la conception initiale du projet et qui doit désormais structurer directement le choix de filière ; et l'absence de toute base francophone préexistante dans la région, qui impose un investissement linguistique plus long que pour d'autres viviers francophones étudiés dans ce rapport (Madagascar, Maroc, Sénégal).

29.4 Une feuille de route, non une promesse

Ce Livre blanc ne constitue pas, et ne doit pas être présenté comme, une garantie de succès. Il constitue une feuille de route argumentée : les sept étapes identifiées en Partie 19 (sécuriser des employeurs

pilotes, établir des partenariats de formation en Inde et en France, vérifier les modalités d'admission IFAS, enquêter directement sur les motivations et le niveau linguistique des candidates, arbitrer un modèle de financement excluant tout endettement, puis lancer un scénario pilote à cinq candidates) restent, à ce stade, des étapes à réaliser plutôt que des résultats acquis. La différence entre un document de communication et une étude de référence tient précisément à cette distinction, maintenue tout au long de ce rapport : ce qui est établi par une source vérifiable est présenté comme tel ; ce qui reste une hypothèse de travail est nommé comme tel (Parties 4, 15, 18, 20, 27, 28).

29.5 Pour qui, et pour quoi, ce document est-il fait

Ce Livre blanc s'adresse à des interlocuteurs exigeants et légitimement prudents — maires et élus ruraux responsables de l'attractivité et des services de leur territoire ; EHPAD et services d'aide à domicile confrontés quotidiennement à la pénurie documentée en Partie 1 ; fédérations professionnelles soucieuses de la qualité et de l'éthique du recrutement dans un secteur déjà fragilisé ; Alliance Française, dont la mission statutaire recoupe directement les besoins du projet (Partie 28) ; partenaires institutionnels français et indiens, disposant déjà d'un cadre juridique bilatéral sous-exploité (Partie 3) ; investisseurs et mécènes potentiels, face à un vide de financement dédié qui constitue autant un risque qu'une opportunité de positionnement (Partie 26). À chacun de ces interlocuteurs, ce document propose la même chose : non une certitude, mais une base de discussion honnête, vérifiable, et suffisamment détaillée pour que la prochaine conversation ne reparte pas de zéro.

29.6 Mot de conclusion

Himalaya Pathways reste, au terme de cette étude complète, une hypothèse de travail rigoureusement documentée plutôt qu'un projet validé. C'est précisément ce qu'annonçait son principe fondateur, rappelé en ouverture de cette phase d'enrichissement : explorer la possibilité de construire de petites cohortes de candidats soigneusement sélectionnés et préparés, issus de l'Himalaya oriental indien, afin de répondre de manière complémentaire à certains besoins des territoires ruraux français dans les métiers du care. Cette étude n'a ni validé ni invalidé cette hypothèse : elle l'a rendue plus précise, plus documentée, et plus discutable au sens noble du terme — capable de résister à une discussion sérieuse avec chacun des interlocuteurs listés en 29.5, parce qu'elle ne prétend rien qu'elle ne puisse sourcer, et qu'elle nomme explicitement ce qu'elle ne sait pas encore.

Sources citées dans cette partie (Partie 29)

Synthèse de l'ensemble des Parties 1 à 28 de cette étude.

PARTIE 30 — LOGEMENT ET INTÉGRATION TERRITORIALE

30.1 Le logement de fonction : cadre légal et fiscal existant

Lorsqu'un employeur met un logement à disposition d'un salarié, ce dispositif est juridiquement encadré comme un « avantage en nature logement », soumis aux cotisations de sécurité sociale et devant figurer sur le bulletin de paie, évalué soit forfaitairement selon la grille URSSAF, soit selon la valeur locative cadastrale. Ce cadre, déjà utilisé pour d'autres catégories de salariés (gardiens, personnel agricole, travailleurs saisonniers), est directement transposable à une candidate d'Himalaya Pathways employée par un EHPAD ou un service d'aide à domicile disposant d'un logement de fonction ou d'un logement dédié au personnel — solution qui a l'avantage de coupler l'emploi et le logement dans une même relation contractuelle, réduisant la complexité administrative pour la candidate.

30.2 L'intermédiation locative : un dispositif public existant, non encore appliqué à ce public

La France dispose d'un dispositif public mature, l'intermédiation locative (IML), régi par les articles L.365-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation, qui permet à un organisme agréé par le préfet (association, agence immobilière à vocation sociale) de louer un logement à un propriétaire bailleur pour le sous-louer à des personnes ou ménages en difficulté d'accès au logement ordinaire. Deux formes existent : la location/sous-location (l'organisme agréé reste locataire principal, garantissant le paiement des loyers au propriétaire) et le mandat de gestion (le locataire final signe directement avec le propriétaire, l'organisme agréé assurant la gestion). La France comptait, au 30 juin 2020, 54 925 places d'intermédiation locative financées par l'État, dont 43 856 en location/sous-location. Le mécanisme du « bail glissant » permet en outre à l'occupant sous-locataire de devenir progressivement locataire en titre, après une période d'accompagnement social n'excédant généralement pas 24 mois.

Ce dispositif n'a, à notre connaissance, jamais été mobilisé pour des candidates recrutées à l'international dans le secteur du care — son public cible historique reste les ménages en grande précarité (sans-abri, sortants d'hébergement, personnes menacées d'expulsion). Rien dans le cadre légal ne l'interdit cependant explicitement pour un public de travailleuses en emploi stable, et son usage pourrait constituer une innovation d'usage plutôt qu'une extension juridique du dispositif — un point à valider directement auprès d'une association agréée IML (SOLIHA notamment, présente dans de nombreux territoires ruraux) plutôt qu'à présumer.

30.3 Le précédent des travailleurs saisonniers : un cadre juridique comparable

La loi Montagne II a créé un cadre spécifique pour le logement des travailleurs saisonniers, incluant des « maisons des saisonniers » portées par les maisons de services au public en zone de montagne, et autorisant les bailleurs sociaux à prendre à bail des logements vacants meublés appartenant à des particuliers pour les sous-louer à des travailleurs saisonniers, avec un loyer plafonné selon la zone géographique et un contrat ne pouvant excéder six mois. Ce cadre, conçu à l'origine pour l'emploi touristique saisonnier, présente des similitudes structurelles frappantes avec la problématique d'Himalaya Pathways : mobilisation de logements vacants existants (Partie 24), plafonnement des loyers, accompagnement institutionnel. Sa transposition au secteur du care nécessiterait une adaptation (les

contrats du care visés par Himalaya Pathways sont permanents, non saisonniers), mais le savoir-faire institutionnel et le réseau d'acteurs (maisons des saisonniers, bailleurs sociaux habitués à ce type de montage) existent déjà dans plusieurs territoires ruraux et de montagne français.

30.4 Colocation entre candidates : cohérence avec le principe de petites cohortes

Le regroupement de plusieurs candidates dans un même logement en colocation, déjà recommandé en Partie 15 comme réponse au risque d'isolement, ne pose pas de difficulté juridique particulière dès lors que le bail (direct, en intermédiation locative, ou de fonction) est adapté en conséquence. Cette solution présente un double avantage : réduction du coût unitaire de logement par candidate, et maintien d'un réseau social de proximité immédiat — un facteur de rétention déjà identifié comme déterminant dans les filières internationales étudiées (Partie 8, cas japonais).

30.5 Quel modèle semble le plus adapté pour de petites cohortes ?

Sur la base des éléments rassemblés dans cette partie, deux modèles apparaissent les plus directement transposables à l'échelle envisagée par Himalaya Pathways (5 à 10 candidates, Partie 17), sans qu'aucun des deux n'ait été testé pour ce public spécifique : le logement de fonction employeur, le plus simple administrativement mais qui lie logement et emploi de façon rigide (un départ de l'employeur implique généralement un départ du logement) ; et l'intermédiation locative en mandat de gestion, plus protectrice pour la candidate (bail direct avec le propriétaire, indépendance du logement vis-à-vis du contrat de travail) mais nécessitant la mobilisation d'un opérateur agréé tiers. Un modèle hybride — logement de fonction pour la première année, transition vers un bail IML autonome ensuite — combinerait la simplicité initiale et l'indépendance progressive, sur le modèle du bail glissant déjà documenté en 30.2.

Ce qui est établi

Le cadre légal du logement de fonction (avantage en nature) et de l'intermédiation locative (IML, bail glissant) existe et est documenté avec précision par les textes réglementaires cités. La France disposait de 54 925 places d'IML financées par l'État au 30 juin 2020. La loi Montagne II a créé un cadre spécifique et déjà opérationnel pour le logement de travailleurs mobiles en zone de montagne.

Ce qui est probable : un modèle hybride logement de fonction puis bail glissant serait juridiquement praticable pour Himalaya Pathways ; le parc de logements vacants ruraux identifié en Partie 24 pourrait être mobilisé via ces dispositifs plutôt que par une offre locative tendue.

Ce qu'il reste à démontrer : aucun de ces dispositifs n'a été testé pour un public de travailleuses du care recrutées à l'international ; la disponibilité effective d'un opérateur IML agréé prêt à s'engager sur ce public dans les territoires pilotes visés n'est pas connue ; le coût réel resterait à chiffrer précisément avec un opérateur identifié.

Implications pour Himalaya Pathways : intégrer la question du logement dans la sélection des employeurs et territoires pilotes dès la Partie 17 (disponibilité d'un logement de fonction ou d'un partenariat IML local comme critère de sélection d'un site pilote) plutôt que de la traiter après coup.

Sources citées dans cette partie (Partie 30)

DREETS Auvergne-Rhône-Alpes, « Hébergement des travailleurs saisonniers » — cadre légal de l'avantage en nature logement, articles R4228-26 et suivants du Code du travail.

ANIL, « Loi Montagne II : mesures relatives au logement des travailleurs saisonniers et aux règles d'urbanisme ».

Ministère du Logement (financement-logement-social.logement.gouv.fr), « Intermédiation locative dans les logements du parc privé », données au 30/06/2020 (54 925 places).

Service national de l'enseignement (SNE), « Intermédiation locative : Bail glissant / Sous-location ».

DREETS Auvergne-Rhône-Alpes, « Guide pour favoriser le développement de l'Intermédiation locative ».

SOLIHA Alpes du Sud, « Mon logement en IML ou en AIS ».

Services de l'État dans le Nord, « L'intermédiation locative ».

PARTIE 31 — SCÉNARIO PILOTE DÉTAILLÉ EN HUIT PHASES

Cette partie détaille, phase par phase, le déroulement opérationnel du Scénario A déjà recommandé en Partie 17 (5 candidates). Pour chaque phase : objectifs, acteurs, calendrier indicatif, coûts (renvoyés aux Parties 17 et 26 lorsque déjà chiffrés), risques (renvoyés à la Partie 16), et indicateurs de réussite.

Phase 1 — Recherche et partenariats (mois 1 à 4)

Objectifs : sécuriser les partenariats fondateurs avant tout engagement de candidates. Acteurs : structure porteuse Himalaya Pathways, 2-3 employeurs français pilotes, 1-2 établissements de formation GNM himalayens, Alliance Française de Kolkata (Partie 28). Calendrier : 4 mois, en parallèle. Coûts : temps de coordination de la structure porteuse (Partie 26.4), déplacements de prospection. Risques : absence d'employeur réellement engagé à financer la formation IFAS (risque bloquant identifié en Partie 18) ; absence de réponse de l'Alliance Française sur la faisabilité d'un module dédié (Partie 28.4). Indicateur de réussite : au moins 2 employeurs et 1 établissement de formation ayant signé une lettre d'intention.

Phase 2 — Identification des territoires pilotes (mois 3 à 5, en chevauchement avec la phase 1)

Objectifs : sélectionner 2-3 sites d'implantation cohérents avec les critères établis dans cette étude — métier en tension confirmé localement (Partie 13), disponibilité de logement de fonction ou de partenariat IML (Partie 30), placement prioritaire en EHPAD urbain/périurbain pour limiter la dépendance à la conduite automobile (Partie 14). Acteurs : structure porteuse, élus locaux, employeurs pilotes. Calendrier : 2 mois. Risques : acceptabilité locale non vérifiée (Partie 15) ; absence de logement disponible sur le site pressenti. Indicateur de réussite : sites validés avec engagement écrit de l'employeur et solution de logement identifiée.

Phase 3 — Sélection des candidates (mois 5 à 8)

Objectifs : sélectionner 5 candidates selon des critères combinant aptitude linguistique (test d'anglais standardisé, Partie 27), motivation vérifiée par entretien (Partie 20), et profil de formation (diplôme GNM ou en cours d'obtention, Partie 4). Acteurs : structure porteuse, établissement(s) de formation partenaires, référent local en Inde. Calendrier : 3 mois. Coûts : non chiffrés dans cette étude, à intégrer au budget de structure (Partie 26.4). Risques : vivier de candidates motivées et éligibles plus restreint que prévu (aucune donnée de volume disponible, Partie 18). Indicateur de réussite : 5 candidates sélectionnées avec un profil documenté (niveau d'anglais testé, motivation évaluée, situation familiale connue).

Phase 4 — Formation linguistique (mois 8 à 24-28, soit 14 à 20 mois)

Objectifs : atteindre un niveau B1, idéalement B2, en français (Partie 12). Acteurs : Alliance Française de Kolkata ou partenaire équivalent (Partie 28). Calendrier : 14 à 20 mois, le poste le plus long du scénario pilote. Coûts : à chiffrer avec le partenaire (Partie 26.1). Risques : abandon en cours de formation (indicateur d'échec déjà fixé en Partie 17 à 30 % avant départ) ; niveau insuffisant à l'issue de la période prévue. Indicateur de réussite : DELF B1 obtenu pour l'ensemble des candidates encore engagées à l'issue de cette phase.

Phase 5 — Préparation culturelle et administrative (mois 20 à 26, en chevauchement avec la fin de la phase 4)

Objectifs : préparation à la vie en France (culture professionnelle du soin français, codes sociaux, Partie 20), constitution du dossier de visa long séjour et de la demande d'autorisation de travail (Partie 13 et 26). Acteurs : structure porteuse, employeurs pilotes (autorisation de travail), consulat de France compétent (Kolkata, Bangalore ou New Delhi selon la circonscription, Partie 26). Calendrier : environ 2 mois, incluant le délai consulaire d'un mois minimum entre dépôt et départ (Partie 26). Coûts : frais de visa et taxe OFII déjà chiffrés (Partie 26.1). Risques : délai consulaire dépassant les prévisions (délais réels souvent supérieurs aux délais affichés, Partie 26). Indicateur de réussite : visa obtenu pour l'ensemble des candidates dans le délai prévu.

Phase 6 — Arrivée en France (mois 26-28, ponctuel)

Objectifs : installation matérielle (logement, Partie 30), validation OFII du VLS-TS dans les 3 mois (Partie 26), premiers contacts avec l'employeur et l'équipe. Acteurs : structure porteuse, employeur, référent logement local. Calendrier : quelques semaines. Risques : logement non prêt à l'arrivée ; isolement immédiat en l'absence d'accueil structuré (Partie 15). Indicateur de réussite : validation OFII effectuée dans les délais, logement opérationnel dès l'arrivée.

Phase 7 — Accompagnement et intégration (mois 26 à 38, soit les 12 premiers mois en poste)

Objectifs : accompagnement administratif continu (renouvellement de titre de séjour le cas échéant), poursuite de la formation IFAS ou de la procédure de reconnaissance infirmière selon la filière retenue (Partie 13), suivi de l'intégration professionnelle et sociale (Partie 15), obtention du permis de conduire français si le poste l'exige (Partie 14 et 27). Acteurs : structure porteuse, employeur, IFAS partenaire le cas échéant, auto-école locale. Calendrier : 12 mois. Coûts : formation IFAS (6 100 à 11 165 €, Partie 17) et permis (1 200 à 1 700 €, Partie 14) si applicables sur cette période. Risques : échec à la formation IFAS ou à la reconnaissance (indicateur d'échec déjà fixé à 20 % en Partie 17) ; départ de l'employeur avant la fin de la période (indicateur d'échec fixé à 30 % en Partie 17). Indicateur de réussite : maintien en poste et progression de la procédure de qualification pour au moins 80 % des candidates arrivées.

Phase 8 — Évaluation après 12 à 24 mois (mois 38 à 50)

Objectifs : évaluation complète du pilote selon les indicateurs fixés en Partie 17 (taux de réussite à la formation, maintien en poste), recueil de la satisfaction des employeurs, des familles bénéficiaires et des candidates elles-mêmes (données manquantes identifiées en Partie 18), décision documentée sur une éventuelle extension vers le Scénario B (10 candidates, Partie 17). Acteurs : structure porteuse, l'ensemble des parties prenantes du pilote. Calendrier : 12 mois d'observation supplémentaires après la fin de la phase 7, soit une évaluation complète 24 mois après l'arrivée des premières candidates. Indicateur de réussite : rapport d'évaluation documenté permettant une décision argumentée, quelle qu'elle soit, sur la suite du projet.

31.1 Calendrier global synthétique

En cumulant les huit phases, dont plusieurs se chevauchent, la durée totale du scénario pilote — du lancement de la recherche de partenariats à l'évaluation complète après 24 mois de présence en France —

s'étend sur environ 4 ans (48 à 50 mois). Ce calendrier, sensiblement plus long qu'une intuition de départ pourrait le suggérer, découle directement des contraintes déjà établies dans cette étude : 14 à 20 mois de préparation linguistique (Partie 12) avant même le départ, puis 24 mois d'observation après l'arrivée pour disposer d'une évaluation robuste (Partie 17). Ce calendrier doit être communiqué explicitement à tout partenaire ou financeur dès le premier échange, pour éviter toute attente d'un déploiement rapide incompatible avec la réalité du projet.

Sources citées dans cette partie (Partie 31)

Synthèse et mise en séquence opérationnelle des données déjà sourcées aux Parties 4, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 26, 27 et 30 de cette étude.

PARTIE 32 — PREMIERS ENSEIGNEMENTS DE LA RECHERCHE-ACTION DE TERRAIN

Document de travail, actualisation juillet 2026 — données susceptibles d'être complétées après les premiers entretiens ciblés.

32.1 Passage de la conception à la recherche-action

La phase de conception de Himalaya Pathways est aujourd'hui largement aboutie : le Livre blanc, le site, les questionnaires employeurs et la doctrine éthique existent et ont été testés. La phase actuelle consiste à confronter ces hypothèses au terrain plutôt qu'à les affiner en cabinet. Les décisions à venir — repositionnement, structuration juridique, choix d'un territoire pilote — doivent désormais être guidées par des données observées, et non par la seule cohérence interne de l'étude documentaire.

32.2 Résultats de la première prospection

Plus de 500 emails ont été délivrés à des structures du care dans onze départements ruraux français entre début et mi-juillet 2026. Le taux de réponse observé est faible, de l'ordre de 0,4 %. Deux échanges qualitatifs ont néanmoins été engagés — l'un avec un acteur de l'habitat partagé (Âges & Vie), l'autre avec un EHPAD associatif (Adef Résidences).

Ce résultat ne doit pas être lu comme un échec du projet. Il montre les limites d'une prospection généraliste menée par email froid, sur une période estivale peu propice, auprès de directions d'établissements structurellement en sous-effectif et donc peu disponibles pour répondre à une sollicitation exploratoire. Le silence de la grande majorité des destinataires ne prouve ni l'absence de besoin, ni un désintérêt pour le projet — il prouve seulement que la méthode de premier contact doit évoluer.

32.3 Nouvelle méthode de recherche de terrain

La méthode qui se dégage de cette première campagne consiste à cibler les employeurs dont le besoin est déjà visible, plutôt que de solliciter au hasard un large échantillon. Concrètement : annonces de recrutement actives ou republiées, plusieurs postes ouverts simultanément par un même employeur, mentions explicites d'urgence ou de recrutement permanent, puis identification d'un interlocuteur nominatif avant l'envoi d'un message personnalisé référençant l'annonce précise.

32.4 L'émergence du domicile structuré comme pilier central

L'analyse des annonces de recrutement, menée en parallèle de la première campagne, fait apparaître un volume de demande dans l'aide à domicile comparable, parfois supérieur, à celui des établissements — y compris dans des départements ruraux à faible densité. À titre d'illustration, un seul département (la Corrèze) affichait au 12 juillet 2026 environ 75 offres d'auxiliaire de vie contre 79 offres d'aide-soignant.

Les premiers signaux de terrain justifient donc d'étudier le domicile structuré au même niveau que les établissements. Cette hypothèse reste toutefois à confirmer par des entretiens et des réponses d'employeurs — elle ne doit pas être présentée comme un débouché définitivement validé sur la seule base d'un volume d'annonces.

32.5 Deux piliers pour le care rural

Établissements : organisation collective du travail, supervision continue sur site, horaires par roulement, contrat généralement stable, qualification aide-soignant ou AES la plus demandée.

Domicile structuré : intervention chez plusieurs bénéficiaires au cours d'une même journée, mobilité et temps de déplacement à intégrer au contrat, supervision par un responsable de secteur non présent en continu, continuité de revenu à sécuriser explicitement, qualification aide à domicile ou DEAES.

32.6 Typologie des employeurs du domicile

- Services publics et parapublics (SSIAD hospitalier, CCAS/CIAS) — priorité haute, a priori compatible sous réserve de vérifier les conditions concrètes d'emploi, d'encadrement, de mobilité, de logement et de continuité du revenu.
- Associations prestataires (ADMR, associations locales type SAAD) — priorité haute, compatible à vérifier au cas par cas.
- Entreprises prestataires structurées — priorité moyenne, statut souvent mixte selon l'agence, à vérifier.
- SSIAD associatif ou privé — priorité haute, compatible si prestataire confirmé.
- Structures mixtes (prestataire et mandataire selon le client) — catégorie orange, à qualifier poste par poste, pas par marque.
- Mandataires structurés — catégorie orange, à étudier sous conditions renforcées.
- Emploi direct isolé — exclu, non compatible avec la doctrine.

32.7 Nouvelles hypothèses à tester

Les postes identifiés comme vacants le sont-ils réellement de manière continue, ou s'agit-il d'un artefact de republication ? Le problème relève-t-il du recrutement ou du turnover ? Un CDI à temps plein est-il réellement proposable, avec quel volume d'heures garanti ? Le permis de conduire est-il un prérequis strict ? Le logement constitue-t-il un obstacle identifié par l'employeur lui-même ? Existe-t-il une supervision réelle et joignable en cas de difficulté ? Les employeurs seraient-ils prêts à envisager une expérimentation internationale très encadrée, à échelle réduite ?

32.8 Limites et prudence méthodologique

Une annonce visible aujourd'hui ne prouve pas qu'un poste identique est resté vacant sans interruption depuis sa première publication. Le nombre d'annonces observées ne démontre pas, à lui seul, la faisabilité d'une mobilité internationale — la faisabilité juridique doit être vérifiée métier par métier (voir Partie 34). Le domicile présente des risques particuliers de mobilité et d'isolement, distincts de ceux des établissements. L'ensemble de ces conclusions doit être confirmé par des entretiens directs avec les employeurs, non par la seule analyse des annonces publiques.

32.9 Conséquences pour la suite du projet

Sélectionner un nombre restreint d'employeurs qualifiés, leur adresser des messages personnalisés référençant leur situation précise, obtenir des entretiens, documenter leurs besoins réels, vérifier les

conditions contractuelles et juridiques applicables, ajuster le modèle du projet en conséquence, et n'envisager qu'ensuite, le cas échéant, un pilote très limité.

Sources citées dans cette partie (Partie 32)

Base de contacts et journal des envois Himalaya Pathways (juillet 2026) ; recherches d'annonces France Travail, département de la Corrèze (12 juillet 2026).

PARTIE 33 — LE PRÉCÉDENT SIKKIM–ALLEMAGNE

Note préliminaire, révisée le 13 juillet 2026 après vérification factuelle indépendante — ne constitue pas une évaluation indépendante définitive du dispositif.

33.1 L'État indien du Sikkim

Le Sikkim est un petit État indien de l'Himalaya oriental, frontalier du Népal, du Bhoutan et de la région autonome du Tibet (Chine).

33.2 Présentation institutionnelle

Le programme Sikkim INSPIRES (Integrated Service Provision and Innovation for Reviving Economies) est une initiative du gouvernement de l'État du Sikkim, effective depuis mars 2024, soutenue par une opération de la Banque mondiale. Le Skill Development Department en est le porteur principal, en coordination avec les départements du Commerce & Industries et du Planning & Development. [Établi par sources officielles — Government of Sikkim]

Les documents publics consultés ne permettent pas d'isoler le montant du financement de la Banque mondiale spécifiquement alloué au volet infirmier, par opposition au programme INSPIRES dans son ensemble. [Non trouvé]

33.3 Chronologie révisée

Treize infirmières du Sikkim ont suivi une formation intensive en langue allemande à l'institut N.able de Kochi (Kerala). Les quatre premières — Prerna Rai, Susmita Basnett, Sanjana Pradhan et Shreya Rai — ont atterri à Düsseldorf fin janvier 2025 et sont employées au St. Anna Stift Nursing Home, géré par l'Église catholique (paroisse St. Martinus) à Hagen, Rhénanie-du-Nord-Westphalie. [Vérifié — deux sources officielles convergentes]

Les participantes restantes devaient initialement rejoindre l'Allemagne par vagues jusqu'à fin mars 2025. Des déclarations ultérieures du gouvernement du Sikkim indiquent que les treize infirmières ont finalement été placées et employées en Allemagne — il s'agit d'une déclaration officielle, non vérifiée indépendamment auprès de chaque participante par Himalaya Pathways. [Déclaré par une institution — non vérifié indépendamment]

Onze des treize infirmières ont été officiellement félicitées par le gouverneur et le Chief Minister du Sikkim lors du Maghey Sankranti Mela, le 14 janvier 2025 à Jorethang. Les communications gouvernementales font état de treize participantes au programme complet ; la raison de l'absence des deux autres à cette cérémonie précise n'est documentée dans aucune source publique consultée. [Vérifié — source officielle distincte, Raj Bhavan Sikkim]

Selon le gouvernement du Sikkim, les premières participantes ont commencé leur emploi à St. Anna Stift. Leur statut de reconnaissance professionnelle individuelle, une éventuelle période d'adaptation, et leur classification salariale finale en Allemagne n'ont pas été documentés indépendamment par Himalaya Pathways. [Déclaré par une institution — non vérifié]

33.4 Partenaires identifiés

- Bilingual Vitae — société basée à Gangtok, chargée du placement côté indien. [Vérifié — nom confirmé, statut juridique exact non détaillé]
- Ideal Job Space — partenaire allemand de Bilingual Vitae. [Vérifié — nom confirmé, activité précise non détaillée]
- N.able Institute, Kochi — organisme de formation linguistique. [Vérifié]
- St. Anna Stift Nursing Home, Hagen (Rhénanie-du-Nord-Westphalie) — établissement d'accueil, géré par l'Église catholique. [Vérifié]

33.5 Ce qui reste non documenté

Durée et contenu exacts de la formation linguistique ; contribution financière éventuelle des participantes ; contrats et salaires exacts en Allemagne ; modalités de reconnaissance des diplômes indiens ; conditions de logement à l'arrivée ; mécanismes de recours ; situation actuelle des treize participantes ; existence d'une deuxième vague du programme.

33.6 Développement institutionnel — 2026

Le 5 février 2026, le gouvernement du Sikkim a constitué le Foreign Employment and Recruitment Facilitation Board, sous l'égide du Skill Development Department, présidé par le député (MLA) Madan Cintury. Selon les communiqués officiels, ce comité doit soutenir la mobilisation, la formation, le placement éthique et l'accompagnement post-placement (y compris un mécanisme de recours) des jeunes Sikkimais souhaitant travailler à l'étranger, en s'appuyant sur des agences de recrutement enregistrées auprès du Protector General of Emigrants. [Vérifié — plusieurs sources de presse indienne convergentes, datées du 6-7 février 2026]

Ce développement suggère que le Sikkim cherche à transformer le précédent infirmier vers l'Allemagne en un cadre institutionnel plus large et durable pour la mobilité professionnelle internationale. Aucun document public identifié n'indique qu'un parcours vers la France soit envisagé spécifiquement par ce comité. [Interprétation, à confirmer]

Note méthodologique : un programme antérieurement cité sous le nom « CM-ELEVATE » a été écarté de cette partie après vérification — il semble s'agir d'un dispositif d'entrepreneuriat local sans lien établi avec la mobilité internationale ou la préparation linguistique. Ne pas réintroduire cette référence sans nouvelle vérification.

33.7 Ce que ce précédent démontre — et ne démontre pas — pour la France

Ce qu'il démontre : un vivier de professionnelles de santé qualifiées existe dans la région ciblée par Himalaya Pathways ; un apprentissage intensif d'une langue européenne y est réalisable dans un cadre structuré ; une institution publique régionale est disposée à soutenir ce type de mobilité et cherche désormais à l'institutionnaliser.

Ce qu'il ne démontre pas : que ce précédent est transposable à la France. Le cadre juridique allemand de reconnaissance des qualifications infirmières, le marché du travail allemand du soin et la langue allemande diffèrent significativement du contexte français. Aucun partenariat formel n'existe entre

Himalaya Pathways et le gouvernement du Sikkim, le Skill Development Department, Bilingual Vitae, N.able Institute ou Ideal Job Space. La faisabilité d'un parcours comparable vers la France doit être établie séparément, métier par métier — c'est l'objet de la Partie 34.

Sources citées dans cette partie (Partie 33)

Government of Sikkim (communiqué officiel, janvier 2025) ; Raj Bhavan Sikkim ; Skill Development Department (sdd.sikkim.gov.in) ; Sikkim INSPIRES (inspires.sikkim.gov.in) ; The Sentinel Assam (29/01/2025) ; India Today NE (28/01/2025, 06/02/2026) ; Northeast Today (15/01/2025) ; Free Press Journal, Careers360, Northeast News (06-07/02/2026) ; GIZ (giz.de). Vérifié par Himalaya Pathways les 12 et 13 juillet 2026.

PARTIE 34 — FAISABILITÉ DES PARCOURS PROFESSIONNELS EN FRANCE

Partie en cours — un volet sur quatre traité au 13 juillet 2026 (aide à domicile / auxiliaire de vie). Les trois autres volets (infirmière, aide-soignant, formation en France) restent à réaliser. Ce document n'est pas un avis juridique ; toute conclusion doit être validée par un juriste en droit des étrangers et/ou du travail avant utilisation pour une décision engageant une personne réelle.

34.1 Volet traité — Aide à domicile / auxiliaire de vie / ADVF

Profession non réglementée : aucun diplôme n'est légalement exigé pour exercer. La certification de référence, non obligatoire, est le Titre Professionnel ADVF (RNCP niveau 3, environ 6 à 9 mois, finançable par France Travail). [Établi]

Métier en tension dans toutes les régions métropolitaines (arrêté du 21 mai 2025, code FAP T2A60). 69 500 postes à pourvoir en 2026 selon France Travail (BMO 2026), en hausse de 13,3 % par rapport à 2025 — le métier qui recrute le plus cette année. [Établi par texte officiel et données France Travail]

Ce que le classement « en tension » change réellement : il dispense l'employeur de prouver l'absence de candidat local (test d'opposabilité), mais ne supprime ni l'autorisation de travail, ni le visa, ni le pouvoir discrétionnaire du préfet. [Établi, avec nuance importante]

Point de vigilance majeur : ne pas confondre ce dispositif avec la régularisation par le travail (CESEDA article L.435-4), réservée à des personnes déjà présentes en France depuis trois ans et ayant travaillé douze mois sur vingt-quatre — un mécanisme sans rapport avec un recrutement direct depuis l'Inde, mais fréquemment confondu dans les sources secondaires consultées.

Non documenté à ce stade : taux d'acceptation réel des demandes d'autorisation de travail pour ce métier ; cas comparable déjà mené par un employeur français ; seuil de français légalement requis pour le visa salarié (à distinguer du TCF exigé pour la procédure de régularisation, qui ne s'applique pas ici).

34.2 Position provisoire (à confirmer avant toute publication comme fait établi)

- Diplôme obligatoire : non — statut favorable.
- Métier en tension : oui, à l'échelle nationale — statut favorable.
- Autorisation de travail : simplifiée mais nécessaire, reste discrétionnaire — statut intermédiaire.
- Visa : voie standard salarié, pas de dispositif dédié identifié — statut intermédiaire.
- Niveau de français requis pour le visa : aucun seuil légal identifié — à confirmer.
- Cas réel comparable documenté : aucun trouvé — à confirmer.
- Compatibilité avec la doctrine Himalaya Pathways (convention BAD, IDCC 2941) : cohérente — statut favorable.

Détail complet de ce volet : document séparé « Himalaya_Pathways_Etude_Faisabilite_France_Volet1_AideADomicile.md ».

34.3 Volets restant à traiter

- Infirmière diplômée en Inde (GNM / BSc Nursing) vers l'exercice infirmier en France — profession réglementée, reconnaissance de diplôme complexe, probablement le parcours le plus contraignant des quatre.
- Aide-soignant — diplôme d'État obligatoire, voie de formation française (IFAS) à étudier, dispenses éventuelles pour profil infirmier non reconnu.
- Formation en France avant emploi durable — visa étudiant, alternance, apprentissage.

34.4 Recommandations à ce stade (provisaires, un seul volet traité)

Le parcours aide à domicile / auxiliaire de vie apparaît, sur la seule base de ce premier volet, comme le point d'entrée le moins contraignant sur le plan des qualifications parmi les quatre parcours envisagés — sans que cela permette de conclure qu'il est « facile » ou « acquis ». Les questions ajoutées au formulaire employeur (expérience de recrutement hors UE, disposition à accompagner une démarche d'autorisation de travail) visent précisément à combler les lacunes documentaires identifiées par une collecte de données de terrain, plutôt que par une recherche documentaire supplémentaire.

Sources citées dans cette partie (Partie 34)

BMO 2026, France Travail (prendresoin.francetravail.fr) ; DREES, Études et Résultats n°1341 (juin 2025) ; arrêté du 21 mai 2025 et arrêtés du 9 juin 2026 (liste des métiers en tension) ; France Compétences, RNCP37715 (TP ADVF) ; CESEDA, article L.435-4 ; question sénatoriale n°qSEQ260107366 (JO Sénat, 22/01/2026).

CHAPITRE FINAL — CE QUE NOUS SAVONS, CE QUE NOUS PENSONS SAVOIR, ET CE QU'IL RESTE À DÉMONSTRER

Établi

- Le vieillissement démographique français et le besoin net de 150 000 à 200 000 emplois de care d'ici 2050 (DREES, modèle LIVIA, Partie 1).
- Les pénuries actuelles et documentées du secteur du care en France, avec un turnover sectoriel estimé à 70 % (Partie 1).
- Les besoins spécifiques des territoires ruraux : déprise démographique, 37 % de la vacance résidentielle française, dispositifs publics déjà engagés (Parties 5, 24).
- L'existence de modèles internationaux comparables et viables à échelle modeste (Japon, Allemagne, Israël, Irlande, Parties 8-11).
- La position de l'Inde comme deuxième pays fournisseur mondial d'infirmiers de l'OCDE, avec environ 120 000 professionnels dans la zone OCDE (Partie 22).
- L'existence d'un accord bilatéral France-Inde signé en 2018 et sous-utilisé (Partie 3).
- La fermeture, depuis 2012, de la passerelle infirmier étranger vers aide-soignant en France (Partie 13).
- L'infrastructure de formation GNM déjà opérationnelle dans l'Himalaya oriental indien (Partie 4).
- L'absence quasi totale de base francophone dans la région ciblée (Partie 7).
- L'inscription des métiers d'aide-soignant et d'auxiliaire de vie sur la liste des métiers en tension depuis mai 2025 (Partie 13).

Probable

- Un intérêt potentiel de certains territoires ruraux français pour ce type de dispositif, cohérent avec leurs besoins documentés, mais non vérifié par une enquête d'acceptabilité directe (Partie 15).
- Un intérêt potentiel de certaines candidates himalayennes, cohérent avec la culture de mobilité économique déjà établie dans la région, mais non mesuré directement (Parties 15, 20).
- La faisabilité technique de petites cohortes de 5 à 10 candidates, sur la base des précédents internationaux étudiés, mais jamais testée dans le contexte franco-himalayen spécifique (Partie 17).
- La transposabilité de dispositifs de logement existants (intermédiation locative, logement de fonction) à ce public, juridiquement plausible mais non expérimentée (Partie 30).
- Un assouplissement réglementaire français incrémental à moyen terme (2027-2030), sur la base de signaux parlementaires déjà engagés, mais non garanti dans son ampleur ni son calendrier (Partie 25).

À vérifier

- La volonté réelle et le nombre d'employeurs français prêts à financer une formation IFAS pour des candidates recrutées à l'international (Partie 18, priorité 1).

- Les modalités précises d'admission en IFAS pour des profils GNM indiens, à vérifier institut par institut (Partie 18, priorité 2).
- Le niveau d'anglais réel et les motivations effectives des candidates potentielles dans l'Himalaya oriental, à mesurer par enquête directe plutôt qu'à présumer (Partie 18, priorité 3).
- Le taux de rétention réel des candidates placées, qui ne pourra être mesuré qu'après le lancement effectif d'un pilote (Partie 31, phase 8).
- Les coûts exacts de formation linguistique, de logement, de voyage et de structure porteuse, présentés comme fourchettes à ce stade plutôt que comme montants fermes (Partie 26).
- L'acceptabilité locale réelle dans des communes rurales précises, non mesurée par une enquête d'opinion dédiée (Partie 15).
- La disponibilité effective de partenaires (Alliance Française de Kolkata, opérateurs d'intermédiation locative, écoles GNM) à s'engager concrètement, qui ne peut être confirmée que par un contact direct (Parties 28, 30, 18).

Synthèse finale : réponses aux onze questions

- 1. Pourquoi explorer cette idée aujourd'hui ? — Parce que le décalage entre besoin français et offre de personnel est déjà mesurable, non anticipé (Partie 1), et que la préparation d'une filière se compte en années (Partie 31 : environ 4 ans du lancement à l'évaluation complète).
- 2. Pourquoi le care ? — Parce que ce secteur est non-délocalisable, faiblement automatisable, et structurellement voué à une demande croissante sur au moins trois décennies (Partie 2).
- 3. Pourquoi la France rurale ? — Parce qu'elle concentre les besoins les plus criants, un parc de logements vacants mobilisable, et un effet potentiel plus visible qu'en métropole pour un nombre modeste de candidates (Parties 5, 24).
- 4. Pourquoi l'Himalaya oriental ? — Parce que la région dispose d'une infrastructure de formation déjà opérationnelle, d'un héritage anglophone documenté, et constitue une niche internationale réellement inoccupée (Parties 4, 6), au prix d'une absence totale de base francophone (Partie 7).
- 5. Pourquoi de petites cohortes ? — Parce que le vivier régional est de taille modeste, que le risque de fuite des cerveaux croît avec le volume (Partie 16), et que les précédents internationaux les plus soutenables (Japon) reposent sur une échelle volontairement limitée (Partie 8).
- 6. Quels sont les principaux risques ? — Financier (endettement des candidates), réglementaire (reconnaissance des diplômes), et politique sur le temps long (précédent britannique), détaillés en Partie 16.
- 7. Quels sont les principaux obstacles ? — La fermeture de la passerelle infirmier-aide-soignant depuis 2012, l'absence de base francophone, et l'absence de tout acteur français équivalent à GIZ ou JICWELS pour coordonner ce type de filière (Parties 13, 23).
- 8. Quels sont les facteurs de réussite ? — Sélection rigoureuse en amont, préparation linguistique et culturelle structurée, accompagnement post-arrivée dédié, statut légal protecteur, et discours public assumé de petite échelle (Parties 8-10, 15, 16).
- 9. Que savons-nous avec certitude ? — Voir la section « Établi » ci-dessus : le besoin français, le vivier indien mondial, le cadre juridique bilatéral, l'infrastructure régionale de formation.
- 10. Que devons-nous encore vérifier ? — Voir la section « À vérifier » ci-dessus : engagement réel des employeurs, modalités IFAS précises, motivations et niveau linguistique des candidates, coûts exacts, acceptabilité locale.

- 11. Le projet mérite-t-il un pilote exploratoire ? — Sur la base de cette étude, oui, sous réserve explicite que les six premières étapes listées en Partie 19.9 (employeurs pilotes, partenariats de formation, vérification IFAS, enquête de terrain, modèle de financement sans endettement) soient sécurisées avant le lancement du Scénario A détaillé en Partie 31 — un pilote lancé sans ces préalables reproduirait le risque déjà documenté dans cette étude d'un projet reposant sur des hypothèses non vérifiées plutôt que sur des engagements concrets.

Sources citées dans ce chapitre

Synthèse de l'intégralité des Parties 1 à 31 de cette étude.