



uOttawa

**LES EFFETS DU TOURISME MÉDICAL SUR LA RÉSILIENCE DES
SYSTÈMES DE SANTÉ EN AFRIQUE**

Carolann Lafrenière

Mémoire de recherche présenté comme exigence partielle de la maîtrise en développement
international et mondialisation

École de développement international et de mondialisation
Faculté des sciences sociales
Université d'Ottawa

©Carolann Lafrenière, Ottawa, Canada, 2018

REMERCIEMENTS

La rédaction de ce mémoire a été une aventure de longue haleine qui n'aurait pas pu voir le jour sans le soutien indéfectible de plusieurs personnes autour de moi.

Je voudrais d'abord remercier mon superviseur de recherche, M. Sanni Yaya, sans qui la réalisation de ce mémoire n'aurait été possible. Merci pour le soutien, les nombreux conseils, la disponibilité et, surtout, la flexibilité dont il a su faire preuve à mon égard.

J'aimerais également remercier l'Université d'Ottawa pour le soutien financier qui m'a été offert durant ma maîtrise.

Je remercie spécialement mes parents, Linda et Guy, ma grand-mère Madeleine, ma marraine Francine et son mari Charles, ainsi que tous les autres membres de ma famille, pour leurs encouragements et leur support lors de la rédaction de ce mémoire. Merci également à ma sœur Catherine pour les journées passées à garder ma fille pour que je puisse terminer ce mémoire.

Je remercie mon amie Yasminah pour son soutien, ses encouragements et pour toutes les heures passées en son excellente compagnie durant mes années de maîtrise.

Je remercie aussi tonton Aboubacar pour son aide.

Enfin, je tiens également à remercier mon conjoint, Alpha, qui a toujours été là pour moi. Il a su me convaincre de continuer à avancer lors de mes découragements et à me féliciter lorsque je terminais chacun des chapitres. Il m'a guidé remarquablement durant cette aventure. La rédaction de ce mémoire n'aurait donc pas été possible sans sa présence, son soutien, ses encouragements et ses idées. Merci pour tout, je t'aime!

DÉDICACE

À ma fille, Fatoumata Yarie,
née durant ma dernière année de maîtrise.
J'espère être, pour toi, un modèle à suivre
et une source d'inspiration.
Je t'aime de tout mon cœur!

RÉSUMÉ

Contexte : En raison de la faible résilience des systèmes de santé africains et du fait que la plupart de ces pays ne sont pas en mesure de fournir des services sociaux de base (incluant des soins médicaux) à la majorité de leurs populations (Ahwireng-Obeng et Loggerenberg, 2010), l’Afrique subsaharienne a souvent été le théâtre de multiples épidémies et de maladies infectieuses endémiques (Anekeng, 2017). De plus en plus d’individus décident donc de voyager (à l’intérieur des frontières de l’Afrique ou vers d’autres continents) afin de recevoir de meilleurs soins de santé.

Objectifs : Cette recherche vise à identifier les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé dans le but de déterminer si les États africains peuvent s’appuyer sur ce dernier afin de rendre leur système de santé public plus résilient ou si cette solution constitue plutôt une fuite en avant.

Méthodes : Le design de cette analyse est une recherche qualitative mobilisant une analyse documentaire. Les documents analysés sont des articles scientifiques, évalués par des pairs et publiés dans des revues spécialisées, des thèses de maîtrise et de doctorat issues d’universités et de centres de recherche canadiens, ainsi que des rapports d’études et de recherche provenant d’ONG.

Résultats : Une gouvernance difficile, un système de santé à deux vitesses, un financement insuffisant du secteur de santé public et une pénurie des ressources humaines en santé sont les principaux effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé. Toutefois, une

croissance équitable des secteurs public et privé, le renversement de l'exode des cerveaux, l'établissement de liens entre les secteurs public et privé, l'augmentation des investissements dans le secteur public et la réduction des écarts de qualité des soins entre les secteurs privé et public forment des mesures à mettre en place par les gouvernements africains afin de contrer ces effets négatifs.

Conclusion : Cette recherche permet donc de mieux comprendre les concepts du tourisme médical et de la résilience des systèmes de santé en Afrique, ainsi que de guider les pays africains dans leur recherche de solutions pour renforcer leurs systèmes de santé. En effet, elle met en lumière les dangers du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé et démontre donc que les pays africains ne doivent pas compter sur ce phénomène pour rendre leur système de santé public plus résilient.

Mots clés : Afrique, effets, résilience des systèmes de santé, santé, tourisme médical.

Carolann Lafrenière

Juillet 2018

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	8
LISTE DES FIGURES.....	9
CHAPITRE 1 - INTRODUCTION	10
1.1 Problématique et objectif général.....	10
1.2 Questions de recherche.....	13
1.3 Méthodologie	14
1.3.1 Le design de la recherche	14
1.3.2 Les contributions théoriques et pratiques.....	15
1.3.3 Limites de la recherche	15
1.3.4 La pertinence de l'étude.....	16
CHAPITRE II - REVUE DE LITTÉRATURE.....	17
2.1 Le tourisme médical	17
2.1.1 L'histoire du tourisme médical	17
2.1.2 La définition du tourisme médical	18
2.1.3 Le touriste médical type	21
2.1.4 Le marché du tourisme médical	23
2.1.5 Les acteurs de l'industrie du tourisme médical	23
2.1.6 Les motivations du recours au tourisme médical	25
2.1.7 Les impacts du tourisme médical sur les pays d'origine	26
2.1.8 Les impacts du tourisme médical sur les pays de destination	27
2.1.9 L'état de la situation concernant le tourisme médical dans les pays africains	29
2.2 La résilience du système de santé	33
2.2.1 La définition de la résilience	33
2.2.2 La définition d'un système de santé.....	35
2.2.3 La définition de la résilience d'un système de santé.....	36
2.2.4 Comment déterminer si un système de santé est résilient et comment le devient-il? ...	37
2.2.5 L'état de la situation concernant la résilience des systèmes de santé africains.....	41
CHAPITRE III - CADRE CONCEPTUEL.....	43
3.1 Présentation du cadre conceptuel	43
3.2 Les variables.....	44
3.2.1 La gouvernance	44
3.2.2 La prestation des services.....	46
3.2.3 Le financement.....	46
3.2.4 Les ressources humaines en santé.....	47
3.2.5 La règlementation.....	50

CHAPITRE IV - LES CONSÉQUENCES DU TOURISME MÉDICAL SUR LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ AFRICAINS	52
4.1 Une gouvernance difficile	52
4.2 Un système de santé à deux vitesses	52
4.3 Un financement insuffisant du secteur public	53
4.4 Une pénurie des ressources humaines en santé causée par la fuite des cerveaux à l'international et à l'interne (external and internal brain drain)	55
CHAPITRE V - LES MESURES À PRENDRE POUR QUE LE TOURISME MÉDICAL IMPACTE POSITIVEMENT LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ AFRICAINS.....	58
5.1 Une croissance équitable des secteurs public et privé.....	58
5.2 Contrer la fuite des cerveaux.....	59
5.3 Établir des liens entre les secteurs public et privé.....	61
5.4 Augmenter les investissements dans le secteur public.....	62
5.5 Réduire les écarts de qualité des soins prodigués entre les secteurs public et privé	63
CHAPITRE 6 - CONCLUSION	64
6.1 Sommaire des résultats.....	64
6.2 Réflexion sur les limites et les perspectives de recherche futures	66
BIBLIOGRAPHIE	67

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

Acronymes	Signification
J.-C.	Jésus-Christ
NRHM	National Rural Health Mission
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OMS	Organisation mondiale de la santé
UNWTO	United Nations World Tourism Organization

LISTE DES FIGURES

Figure	Titre	Page
1	Cadre conceptuel du tourisme médical et des implications politiques pour les systèmes de santé	42

CHAPITRE 1 – INTRODUCTION

1.1 Problématique et objectif général

Au cours de la dernière décennie, le nombre de touristes n'a fait que croître d'année en année à travers le monde. Différents types de tourisme se sont d'ailleurs développés : le tourisme culturel, le tourisme écologique (en lien avec le développement durable), le tourisme industriel, ainsi que le tourisme médical (Menvielle et Menvielle, 2010). Ce dernier, qui consiste à voyager à l'extérieur de son pays d'origine dans le but de recevoir des soins médicaux, est un phénomène qui s'est répandu peu à peu à travers la planète. En effet, de plus en plus d'individus choisissent d'avoir recours à des soins médicaux, dentaires et chirurgicaux (Hume et DeMicco, 2007) 10 à 20 fois moins chers (Bovier, 2008) au niveau international, plutôt que de disposer de ceux qui sont offerts dans leur propre pays (Jolicoeur-Landry, 2011). D'autres y ont également recours car ces soins médicaux sont indisponibles dans leur pays d'origine (Tremblay, 2012; Lunt et collab., 2011). Selon Menvielle et Menvielle (2010), « [c]e serait [...] 374 000 touristes pour Singapour, plus de 150 000 pour l'Inde, près de 15 000 pour Israël, sans parler des prévisions faisant état de 6 millions d'Américains qui se feraient soigner à l'étranger au cours de 2010 » (p. 118). Alors qu'autrefois, certains soins de santé n'étaient offerts que dans les pays riches, de nos jours ce sont les patients de ces pays riches et développés qui se rendent dans des pays dits « moins développés » afin d'obtenir des soins de santé (Lunt et collab., 2011). En fait, les frontières posent de moins en moins de problèmes à l'obtention de soins de santé partout sur la planète (Tremblay, 2012). Le tourisme médical implique près de 50 pays provenant de tous les continents (NaRanong et NaRanong, 2011) et les principaux pays de destination sont des pays en développement (Burkett, 2007) : l'Inde, la Thaïlande, le Costa Rica, Cuba, l'Afrique du Sud,

Israël (Hume et DeMicco, 2007), la Tunisie (Behrmann et Smith, 2010; Menvielle et Menvielle, 2010) et la Jordanie (Menvielle et Menvielle, 2013), pour ne nommer que ceux-ci. Ainsi, le tourisme médical est certainement, à l'échelle mondiale, l'un des secteurs du tourisme connaissant la croissance la plus rapide (Mohamad, Omar et Haron, 2012; Alsharif, Labonté et Lu, 2010) et celle-ci s'explique, entre autre, par le progrès technologique dans le domaine médical, l'abordabilité des voyages, la disponibilité de l'information sur Internet, etc. (Leahy, 2008, cité dans Alsharif, Labonté et Lu, 2010). Planifier un voyage pour faire du tourisme médical serait similaire à la planification d'un voyage pour des vacances (Burkett, 2007). L'exportation de soins de santé constitue un axe de développement que l'on pourrait qualifier d'incontournable pour un bon nombre de pays émergents (Menvielle et Menvielle, 2012) et c'est sans surprise que plusieurs pays ont donc développé leur expertise médicale dans l'optique d'attirer une clientèle dite étrangère (Jolicoeur-Landry, 2011). Il est d'ailleurs intéressant de voir que le tourisme médical produit des effets tant positifs que négatifs sur les pays d'origine et les pays de destination, notamment au niveau de leur système de santé, et l'Afrique n'y est pas exclu.

Le domaine de la santé, quant à lui, a connu, au cours des cinquante dernières années, une amélioration indéniable qui n'avait, jusqu'alors, jamais été observée dans l'histoire de l'humanité (Yaya, 2010). De plus, depuis la mise en place des Objectifs du millénaire pour le développement, des succès historiques ont été enregistrés en termes de santé à travers le monde tels que la réduction de la mortalité infantile, l'amélioration de la santé maternelle ou encore la lutte contre certaines maladies (ex. le sida, le paludisme, etc.) (Programme des Nations Unies pour le développement, 2016). Ainsi, la santé s'est insérée, au fil des dernières années, au cœur des préoccupations internationales et est maintenant un élément essentiel de la stratégie de développement des pays du tiers-monde, surtout depuis « la prise de conscience par la

communauté internationale de la forte corrélation qui existe entre pauvreté et santé » (Yaya, 2010, p.1), mais aussi parce que la santé a été reconnue comme étant un élément clé du développement économique durable, de la sécurité mondiale, de la gouvernance efficace et de la promotion des droits humains (Frenk, 2010). Cependant, il reste encore du chemin à parcourir afin de permettre à tous de vivre en santé et d'avoir accès à un système de santé adéquat, d'autant plus que les progrès enregistrés ont été inégaux à l'échelle planétaire (Yaya, 2010). Par exemple, en Afrique notamment, plusieurs lacunes n'ont pas été corrigées : la forte mortalité infantile et maternelle, la prévalence élevée de certaines maladies telles que le sida et la tuberculose, le fort taux d'analphabétisme, etc. (Yaya, 2010). Les services de santé et les médicaments demeurent toujours hors de portée pour une grande portion de la population mondiale (Yaya, 2010).

Même si la santé est aujourd'hui reconnue comme étant un droit humain et malgré les progrès indéniables des dernières années dans ce domaine, les malades des pays africains sont bien souvent « condamnés à rester en mauvaise santé ou à mourir prématurément par manque de traitements et de soins appropriés » (Yaya, 2010, p. 17). La situation sanitaire actuelle de ces pays s'explique, notamment, par « la pauvreté, l'instabilité politique, les conflits armés et la mauvaise gouvernance (Yaya, 2010, p. 29). En raison de la faible résilience des systèmes de santé africains, l'Afrique subsaharienne a souvent été le théâtre de multiples épidémies et de maladies infectieuses endémiques (ex. Ebola) (Anekeng, 2017).

Face à cette problématique, l'objectif de cette recherche est donc d'étudier le tourisme médical sous l'angle de la résilience des systèmes de santé africains. Plus précisément, il s'agira de déterminer les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé africains afin de

déterminer si les États de ce continent peuvent s'appuyer sur le tourisme médical dans le but de renforcer leur système de santé.

L'analyse est organisée comme suit. Après le présent chapitre qui traite de la problématique, des objectifs et questions de recherche, de la méthodologie, des contributions théoriques et pratiques, ainsi que des limites de cette recherche et sa pertinence, le chapitre suivant présente une revue de littérature exhaustive dont les éléments permettent de mieux comprendre les phénomènes du tourisme médical et de la résilience des systèmes de santé. Le chapitre trois, pour sa part, discute du cadre conceptuel retenu et de ces variables. L'analyse de ces variables dans un contexte de résilience des systèmes de santé permet aux lecteurs de connaître les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé. Le chapitre qui suit explique les conséquences de ces effets et ce mémoire se termine sur un chapitre qui traite des mesures à mettre en place par les gouvernements pour contrer ces effets négatifs.

1.2 Les questions de recherche

Compte tenu de ce qui précède, ce projet tentera, par conséquent, de répondre aux questions de recherche suivantes : Quels sont les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé africains? Le tourisme médical a-t-il un impact positif ou négatif sur la résilience des systèmes de santé? Le tourisme médical est-il une véritable solution ou plutôt une fuite en avant pour ces pays?

1.3 Méthodologie

1.3.1 Le design de la recherche

Le design retenu pour cette présente analyse est une recherche qualitative. Plus précisément, cette recherche repose sur une analyse documentaire. Les documents qui seront analysés sont principalement des articles scientifiques, évalués par des pairs, publiés dans des revues spécialisées, notamment en médecine (ex. African Health Sciences, South African Medical Journal, Global Journal of Health Science, International Journal for Quality in Health Care, Social Science & Medicine, Revue Médicale Suisse, etc.), des thèses de maîtrise et de doctorat issues d'universités et de centres de recherche canadiens, ainsi que des rapports d'études et de recherche provenant d'ONG (ex. OMS, OXFAM, etc.). Ces documents seront sélectionnés en fonction de leur pertinence pour le sujet de cette recherche et devront donc porter sur l'un ou l'autre des sujets suivants : 1) le tourisme médical 2) le touriste médical 3) le tourisme médical en Afrique 4) la résilience des systèmes de santé 5) les systèmes de santé africains, etc. Le chercheur continuera de chercher et lire des documents jusqu'à ce qu'il atteigne la saturation des données. Cette analyse documentaire permettra donc au chercheur de colliger les textes et les données existants sur le tourisme médical et la résilience des systèmes de santé. Plus précisément, cette analyse documentaire permettra au chercheur de pouvoir mieux définir ce que sont les concepts de tourisme médical et de résilience des systèmes de santé, de déterminer les motivations des touristes médicaux et ce que représente un système de santé résilient, de mettre en lumière les effets du tourisme médical, non seulement sur les systèmes de santé, mais surtout sur leur résilience, etc. Autrement dit, ce travail a pour but d'alimenter la réflexion sur le tourisme médical et les impacts qu'il peut avoir sur les systèmes de santé et leur résilience. Le choix de cette méthode d'analyse s'explique par le fait qu'elle garantit, entre autres, des coûts financiers et temporels moindres (Findlay, 2006; Turgeon et Bernatchez, 2009 cités dans Poirier, 2014).

En ce qui concerne l'analyse des données recueillies, la stratégie privilégiée est la triangulation des sources de données récoltées. Ce choix s'explique par le fait qu'elle permet d'augmenter la validité et la qualité des données qui seront recueillies (Berger et collab., 2010).

1.3.2 Les contributions théoriques et pratiques

Ce projet de recherche peut apporter plusieurs contributions théoriques et pratiques. Dans un premier temps, il permettra de mieux comprendre les phénomènes du tourisme médical et de la résilience des systèmes de santé en Afrique. De plus, cette recherche aidera les pays africains, ayant des systèmes de santé défaillants, à savoir si le tourisme médical est une solution à adopter pour renforcer leur système de santé ou non. À long terme, un système de santé plus résilient permettra aux populations africaines d'être plus en santé, les protégera contre des menaces sanitaires, de sorte qu'une nouvelle épidémie comme Ebola ne pourra pas avoir une ampleur aussi grande que la dernière et, enfin, assurera un accès équitable au système de santé à tous, ce qui devrait limiter les migrations de populations pour avoir accès à des soins de santé.

1.3.3 Les limites de la recherche

Étant donné le fait que cette analyse est un mémoire, les possibilités de recherche ont été limitées, tant en termes de temps alloué pour la produire, qu'en volume de recherche à mener. Cela explique principalement le choix de la méthode de collecte de données. De surcroît, comme la présente recherche se base sur une analyse documentaire et que le chercheur analysera que des données secondaires, aucune donnée primaire ne sera produite, ce qui implique que cette recherche est limitée par les données déjà existantes sur le sujet.

1.3.4 La pertinence de l'étude

Bien que le tourisme médical ne soit pas un phénomène nouveau, force est de constater son effervescence depuis le début des années 2000 (Menvielle et Menvielle, 2013). De plus en plus d'individus décident de traverser les frontières pour aller se faire soigner. Plusieurs ouvrages ont d'ailleurs été écrits sur le sujet. La plupart portent principalement sur les pays dits leaders en matière de tourisme médical (ex. pays asiatiques) et très peu de chercheurs ont analysé ce phénomène en Afrique. Enfin, la revue de littérature initiale a permis de mettre en évidence le fait qu'il existe des études portant sur les impacts possibles du tourisme médical sur les systèmes de santé, mais aucun article trouvé ne concernait les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé. Cette recherche est donc tout à fait justifiée.

CHAPITRE II - REVUE DE LITTÉRATURE

Le présent chapitre vise à faire ressortir les éléments les plus importants concernant le tourisme médical et la résilience des systèmes de santé dans l'optique de mieux comprendre ces concepts. Ainsi, la première partie de ce chapitre présente un cours survol historique du tourisme médical, suivi par la définition de ce dernier, de la description d'un touriste médical type et du marché du tourisme médical, de l'énumération des acteurs qui jouent un rôle dans ce phénomène et des motivations des individus pour avoir recours au tourisme médical, ainsi que des impacts de ce dernier sur les pays d'origine et de destinations et de l'état de la situation, à ce niveau, en Afrique. Quant à la deuxième partie, elle concerne les définitions de résilience, de système de santé et de résilience des systèmes de santé, la façon de déterminer si un système de santé est résilient et comment il le devient, ainsi que l'état de la situation de ce phénomène en Afrique.

2.1 Le tourisme médical

2.1.1 L'histoire du tourisme médical

Le concept du tourisme médical n'est pas nouveau (Burkett, 2007). En effet, bien que ce phénomène puisse apparaître comme assez récent, des traces de cette pratique prouvent que les êtres humains y ont recours depuis des milliers d'années. Par exemple, dès l'ère du néolithique, les premiers hommes se déplaçaient sur de longues distances dans le but de bénéficier de soins (Menvielle et Menvielle, 2012). Pour Smith et Kelly (2006, cité dans Menvielle et Menvielle, 2010), l'une des formes les plus anciennes du tourisme médical serait associée au déplacement des Égyptiens vers les bains de mer dans le but d'utiliser les propriétés de l'eau à des fins

médicales. À l'époque de la Grèce ancienne (2000 ans avant J.-C.), les peuples provenant de partout, voyageaient également pour se rendre aux temples du dieu de la médecine, appelé Asclépios, dans l'espoir de trouver un remède à leurs problèmes de santé (Jolicoeur-Landry, 2011). Plus tard, au 19^e siècle, en Europe, un grand nombre d'individus de la classe moyenne voyageaient aussi vers les « villes du spa » puisque, selon eux, ceux-ci amélioraient la santé (Lunt et collab., 2011).

Toutefois, le phénomène du tourisme médical, tel que nous le connaissons aujourd'hui, a commencé à se développer durant les décennies 1980 et 1990, et ce, grâce à la mondialisation et à l'uniformisation des processus cliniques qui ont permis à de nombreux pays de se procurer, non seulement la technologie (ex. internet pour les communications), mais aussi le savoir-faire médical nécessaire à de bonnes conditions de vie (Jolicoeur-Landry, 2011). Mais, c'est dans les années 2000 que l'on voit son développement progresser de manière plus soutenue (Menvielle et Menvielle, 2013). D'ailleurs, c'est seulement en 2007 qu'a eu lieu la toute première conférence internationale sur le tourisme médical (Bovier, 2008). Au départ, ce sont des individus issus des pays en développement qui voyageaient vers les pays développés afin de recevoir de meilleurs soins de santé (Lunt et collab., 2011), alors qu'aujourd'hui, il semble que ce soit l'inverse.

2.1.2 La définition du tourisme médical

Comme pour de nombreux concepts en sciences sociales, la définition du tourisme médical ne fait pas consensus (Lunt et collab., 2011; Connell, 2013). Chaque auteur semble avoir sa propre définition de ce qu'est le tourisme médical. De plus, dans la littérature, le tourisme médical prend également d'autres appellations : « [...] voyage médical, voyage de santé, tourisme de santé,

tourisme de soins de santé, marché de soins hors pays, voyage médicalement motivé [...] » (Tremblay, 2012, p.1). En fait, cette notion a beaucoup évolué au fil des années. Au début, il s'agissait d'un terme générique utilisé pour parler de l'industrie dans son ensemble (Berhmann et Smith, 2010). Mais, son sens s'est finalement élargi en y incluant des sous-domaines tels que le tourisme reproductif, le tourisme de transplantation, etc. (Berhmann et Smith, 2010). L'absence d'une définition, commune à tous, engendre le fait que les chiffres qui sont rattachés au tourisme médical (ex. revenus, taux de croissance, etc.) sont plutôt des estimations qui sont souvent gonflées (Connell, 2013).

Tel que dit précédemment, la littérature regorge de définitions diverses de ce que constitue le tourisme médical. Connell (2013) affirme que certains auteurs ont une définition minimaliste, non développée et fade de ce que représente le tourisme médical, telle que la définition de Bookman et Bookman (2007, cité dans Connell, 2013), de Cormany et Balogu (2011, cité dans Connell, 2013) et de l'Agence de santé publique du Canada selon laquelle le tourisme médical « désigne le fait de voyager dans d'autres pays en vue de recevoir des soins médicaux » (Tremblay, 2012, p.2).

Pour d'autres auteurs, il faut que la notion « d'intention » soit incluse dans la définition du tourisme médical. Ainsi, pour Johnston et collab. (2010, cité dans Connell, 2013), ce phénomène désigne « [...] patients leaving their country of residence outside of established cross-border care arrangements made with the intent of accessing medical care, often surgery, abroad » (p. 2). Lunt et collab. (2011) vont dans le même sens avec leur définition: « when consumers elect to travel across international borders with the intention of receiving some form of medical treatment » (p.7).

Dans un autre ordre d'idées, certains auteurs insistent sur l'importance de la dimension du voyage, ou du loisir, dans le tourisme médical. Par exemple, Van Sliepen (s.d., cité dans Jolicoeur-Landry, 2011) affirme que pour qu'un phénomène soit qualifié de tourisme médical, il faut y retrouver trois éléments importants : 1) il faut recevoir les soins de santé en étant très loin de sa maison, 2) la principale raison du voyage est de recevoir les soins de santé et 3) que ces soins de santé évoluent dans un contexte de loisir, voire de récréation. Gupta (2004, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011) abonde dans le même sens puisqu'il croit que le tourisme médical permet à des individus de combiner leurs vacances avec certains traitements médicaux.

Plus rarement, certains auteurs affirment que le tourisme médical consiste en des professionnels cliniques, provenant de pays riches, voyageant pour une courte durée, dans des pays pauvres, afin d'y travailler (voyage humanitaire) (Bezruchka, 2000).

Toutefois, la définition qui est retenue dans ce mémoire est celle de Tremblay (2012) qui définit le tourisme médical comme étant « [...] le fait de voyager outre frontière afin d'obtenir des soins de santé, qui peuvent ou pas, être offerts dans le pays de résidence et dont les coûts sont assumés par le patient » (p. 1).

Enfin, il faut savoir qu'il existe deux différents types de tourisme médical : le tourisme médical de bien-être, qui fait surtout référence aux soins chirurgicaux ayant pour but d'embellir un individu (ex. chirurgie plastique, spas, thalassothérapie, etc.) et le tourisme médical vital qui, pour sa part, est plutôt destiné à endiguer de lourdes pathologies chez le patient (Menvielle et Menvielle, 2010). D'ailleurs, ce dernier type de tourisme médical se divise en deux sous-

ensembles : le tourisme médical de réhabilitation (soins médicaux généraux tels que des traitements pour endiguer certaines dépendances comme la drogue, l'alcool ou le tabagisme) et le tourisme médical opératoire (chirurgie dentaire, cardiaque ou encore des traitements anticancéreux) (Menvielle et Menvielle, 2010).

2.1.3 Le touriste médical type

Maintenant que le concept de tourisme médical a été défini, il convient de déterminer qui sont les individus qui ont recours à ce dernier. Selon Connell (2013), la majorité de la littérature sur le sujet suppose que les touristes médicaux sont des individus relativement aisés provenant des pays développés (donc, du Nord et du Golfe) qui vont se soigner dans les « pays pauvres ». Mais, en réalité, Connell (2013) affirme plutôt que la plupart des touristes médicaux sont des individus qui traversent les frontières voisines afin de recevoir des soins médicaux dans des États qui ne sont pas nécessairement plus pauvres que leur pays de résidence. Ormond (2011, cité dans Crush et Chikanda, 2014) abonde dans le même sens en affirmant que les flux de touristes médicaux sont surtout intra-régionaux. Par exemple, 85% des touristes médicaux en Inde proviennent de pays voisins (Connell, 2011, cité dans Crush et Chikanda, 2014). En fait, la plupart des touristes médicaux choisissent d'aller dans des pays parlant la même langue qu'eux et ayant des contextes culturels similaires (ex. de la même religion) (Connell, 2013). De plus, la majorité des voyages médicaux sont de courtes distances (ex. Mexicains habitant aux États-Unis qui retournent au Mexique pour recevoir des soins) (Connell, 2013).

Selon Awadwi et Panda (2005, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011), la majorité des individus qui ont recours au tourisme médical rentrent dans l'une ou l'autre des trois catégories suivantes : les

individus qui n'ont pas de couverture médicale dans leur pays de résidence, ceux qui ont une couverture médicale qui ne couvre qu'en partie leurs soins de santé et ceux qui ne peuvent pas être couverts par une couverture médicale dû à leur mauvais état de santé. Les touristes médicaux entrant dans cette typologie proviennent majoritairement de l'Europe (Royaume-Uni), du Moyen-Orient, du Japon, des États-Unis et du Canada (Bovier, 2008), ce qui correspond au tourisme médical Nord-Sud. Pour Bovier (2008), le patient-type est âgé d'environ une cinquantaine d'années, fait partie de la classe moyenne et a les moyens de payer son voyage ainsi que l'intervention médicale.

Connell (2013) propose, quant à lui, une typologie du tourisme médical qui inclue cinq différentes catégories de touristes médicaux. Dans un premier temps, il s'agit de patients issus de l'élite voyageant dans plusieurs régions différentes allant du Golfe à Londres, en passant par Berlin et même New York, afin d'obtenir des traitements médicaux exclusifs et, surtout, coûteux. D'autre part, il peut aussi s'agir de patients issus de la classe moyenne voyageant à l'international afin de recevoir des traitements cosmétiques, ou pour avoir accès à des soins de santé nécessaires et moins chers lorsque leur couverture médicale est insuffisante. Crush et Chikanda (2014) affirment que cette catégorie constitue l'une des deux catégories du tourisme Sud-Sud. Ensuite, les touristes médicaux peuvent également être des patients issus de la diaspora retournant dans leur pays d'origine afin d'avoir accès à des soins médicaux pour toutes sortes de raisons tant politique et économique, que culturelle et de santé (ex. Mexicains et Coréens). Puis, il peut également s'agir de patients dits « transfrontaliers » qui cherchent des soins médicaux moins coûteux, plus rapidement, etc. Enfin, certains touristes médicaux sont également des patients désespérés à obtenir des soins médicaux non disponibles dans leur pays de résidence. Ces deux

dernières catégories se combinent pour former la deuxième catégorie du tourisme Sud-Sud de Crush et Chikanda (2014).

2.1.4 Le marché du tourisme médical

En ce qui concerne le marché du tourisme médical, sa taille n'est toujours pas connue (Buzinde et Yarnal, 2012). De plus, les traitements offerts dans cette industrie sont nombreux et diversifiés. Il est notamment question de chirurgies esthétiques (sein, visage, liposuction, rhinoplastie), de chirurgies orthopédiques (ex. remplacement de la hanche ou du genou), de chirurgies bariatriques, de chirurgies oculaires (ex. le LASIK), de soins dentaires (ex. blanchiment des dents) (Lunt et collab., 2011; Jolicoeur-Landry, 2011; Constantin, 2015; Chen et Flood, 2013; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010), de chirurgies de la colonne vertébrale (Jolicoeur-Landry, 2011), de chirurgies cardiaques (ex. remplacement de la valve), de traitements de fertilité ou du système reproducteur (ex. changement de sexe), de transplantations d'organes, de cellules et de tissus (ex. greffe d'organes), ou encore de diagnostics, etc. (Lunt et collab., 2011; Constantin, 2015; Chen et Flood, 2013).

2.1.5 Les acteurs de l'industrie du tourisme médical

Pour ce qui est des acteurs de l'industrie du tourisme médical, il faut savoir qu'ils sont nombreux. Dans un premier temps, les principaux acteurs de cette industrie sont, sans nul doute, les fournisseurs de soins (travailleurs de la santé, hôpitaux, etc.) (Lunt et collab., 2011) qu'ils soient issus du secteur privé ou public (Jolicoeur-Landry, 2011). Par la suite, on retrouve les compagnies d'assurances (Lunt et collab., 2011; Constantin, 2015) qui ont développé principalement trois produits sur le marché : les assurances médicales (l'intervention ou le

traitement médical est couvert), les assurances voyages (les patients internationaux sont protégés advenant un problème quelconque à l'étranger) et les assurances post-opératoires (une sécurité supplémentaire en cas de complications, couverture des frais reliés à un suivi médical, voire à une deuxième intervention médicale) (Jolicoeur-Landry, 2011; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010). Il y a également les facilitateurs (les agences de voyages spécialisées qui guident les patients à travers le processus complet de traitements médicaux à l'étranger, que ce soit au niveau de l'achat du transport aller-retour, de l'obtention de visas, de l'hébergement, etc.), les agences d'accréditation (tierces parties indépendantes travaillant avec les ministères de la Santé, les hôpitaux et les organisations de santé dans le but d'évaluer l'uniformité des processus, la sécurité et la qualité du service médical) (Jolicoeur-Landry, 2011; Lunt et collab., 2011; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010) et les hôtels (partenaires d'affaires des hôpitaux grâce auxquels les patients peuvent avoir accès à un environnement de prédilection et à des installations post-opératoires, etc.) (Jolicoeur-Landry, 2011; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010). Puis, les gouvernements, les autorités de réglementation de l'information médicale (ceux qui gèrent les dossiers médicaux électroniques), les organisations régionales et internationales (ex. l'OMS, l'OCDE et l'UNWTO qui ont comme objectif le partage des connaissances, la concertation des acteurs en recueillant les informations sur le tourisme médical et la publication de rapports et recommandations) et les associations (ex. la *Medical Tourism Association*) sont tous des acteurs de cette industrie (Jolicoeur-Landry, 2011; Lunt et collab., 2011; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010). Enfin, à ces derniers, il faut ajouter les médias, les conférenciers et les sites web des fournisseurs et des autres organisations puisque ceux-ci transmettent l'information sur les soins de santé offerts dans les autres pays (Lunt et collab., 2011).

2.1.6 Les motivations du recours au tourisme médical

Plusieurs facteurs influencent la motivation des milliers d'individus qui décident, chaque année, de voyager dans d'autres États afin d'obtenir des soins médicaux. Il y a d'abord le *coût*, pouvant aller d'un quart à un dixième du prix dans le pays de résidence du patient (Hume et DeMicco, 2007; Garcia-Altés, 2005; Tremblay, 2012; Lunt et collab., 2011; Behrmann et Smith, 2010; Connel, 2013; Buzinde et Yarnal, 2012; Asharif, Labonté et Lu, 2011; Chen et Flood, 2013; Carrera et Bridges, 2006; Hopkins et collab., 2010; Noree, 2015; Helble, 2011), *l'accessibilité des soins* (Hume et DeMicco, 2007; Prem Jagyasi, 2009, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011; Tremblay, 2012; Connell, 2013) et *l'expertise* (Hume et DeMicco, 2007; Ye et collab., 2008, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011; Tremblay, 2012).

Par la suite, *la qualité du service de santé* (Hume et DeMicco, 2007; Awadwi et Panda, 2005, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011; Tremblay, 2012; Lunt et collab., 2011; Connell, 2013), *la disponibilité des soins/traitements* (Prem Jagyasi, 2009, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011; Tremblay, 2012; Lunt et collab., 2011; Behrmann et Smith, 2010; Connell, 2013, Asharif, Labonté et Lu, 2011; Crush et Chikanda, 2014; Hopkins et collab., 2010; Noree, 2015; Helble, 2011), *et les longues listes d'attentes* (Garcia-Altés, 2005; Ye et collab., 2008, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011; Tremblay, 2012; Behrmann et Smith, 2010; Bovier, 2008; Menveille et Menveille, 2013; Hopkins et collab., 2010, cité dans Connell, 2013; Buzinde et Yarnal, 2012; Asharif, Labonté et Lu, 2011; Chen et Flood, 2013; Carrera et Bridges, 2006; Hopkins et collab., 2010; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010; Noree, 2015; Helble, 2011; Mogaka, Mupara et Tsoka-Gwegweni, 2017; Mogaka et collab., 2015; Masoud et collab., 2013) sont aussi des raisons qui motivent les individus à devenir des touristes médicaux.

Enfin, les dernières raisons qui poussent les individus à voyager pour obtenir des soins de santé sont : *de ne pas avoir de couverture médicale/d'assurance* (Garcia-Altés, 2005; Buzinde et Yarnal, 2012; Chen et Flood, 2013; Mogaka, Mupara et Tsoka-Gwegweni, 2017) *ou d'avoir une couverture médicale partielle* (Bovier, 2008; Le Borgne, 2007), *la familiarité avec les traitements* (ex. individus de la diaspora qui retournent dans leur pays d'origine pour recevoir des soins de santé) (Lunt et collab., 2011; Connel, 2013), *l'aspect post-traitement dans un climat de vacances* (Tremblay, 2012) et *la réputation de l'établissement hospitalier* (Ye et collab., 2008, cité dans Jolicoeur-Landry, 2011).

Parallèlement à cela, certains facteurs démotivent les individus à voyager dans le but d'obtenir des soins médicaux. Selon Connell (2013), il s'agit de *barrières linguistiques, de contraintes financières* et d'un *manque d'information* limitant certaines personnes à voyager telles que les femmes, les personnes âgées et les travailleurs non qualifiés.

2.1.7 Les impacts du tourisme médical sur les pays d'origine

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, le tourisme médical peut avoir des effets sur les pays de résidence des touristes médicaux. Ces effets peuvent comprendre l'allègement des longues listes d'attente, la naissance d'agences de services-conseils en voyage médicaux ou encore l'augmentation de la compétitivité entre les fournisseurs de soins et la baisse des prix afin de ne pas perdre la clientèle locale pour les systèmes de santé privés (Tremblay, 2012).

Par la suite, le tourisme médical peut avoir des impacts financiers au niveau du système de santé tant public que privé. Pour ce qui est du système public, il peut s'agir de soins qui doivent être donnés d'urgence, de soins curatifs (Lunt et collab., 2011) ou encore d'un suivi médical suite au retour du touriste dans son pays de résidence (Tremblay, 2012), d'une éclosion d'infections comme résultante du voyage du touriste médical ou encore de naissances multiples suite à un traitement de fertilité dans un pays étranger, etc. (Lunt et collab., 2011). De manière plus positive, la sortie de certains patients vers d'autres pays pour se faire soigner peut engendrer des économies importantes pour le système de santé public (Lunt et collab., 2011). Au niveau du système privé, les impacts financiers consistent en une perte de revenus importante lorsque les clients décident d'aller se faire soigner à l'étranger (surtout dans le domaine de la chirurgie plastique) (Lunt et collab., 2011).

Enfin, le tourisme médical peut exacerber le système à deux vitesses puisque cela pourrait encourager la tendance des individus du pays de résidence à se tourner davantage vers le système de santé privé (Lunt et collab., 2011), tout en renforçant les inégalités en santé (seuls ceux qui ont les moyens ont accès aux soins) (Tremblay, 2012) et mettre une pression concurrentielle sur les fournisseurs locaux (Lunt et collab., 2011).

2.1.8 Les impacts du tourisme médical sur les pays de destination

Relativement aux effets du tourisme médical sur les pays de destination, ils sont généralement plus nombreux (et plus importants) que pour le pays de résidence des touristes médicaux (Lunt et collab., 2011). Toutefois, ils ne sont pas uniformes pour tous et varient en fonction du contexte d'un système à l'autre (Alsharif, Labonté et Lu, 2010).

Selon Tremblay (2012), le tourisme médical favoriserait le développement économique (Menvielle et Menvielle (2013), financerait une partie du système de santé grâce à l'argent injecté dans le pays par les touristes médicaux (mais cela est critiqué par plusieurs auteurs tels qu'Alsharif, Labonté et Lu (2010)) et aiderait à améliorer les infrastructures et à obtenir des équipements à la fine pointe de la technologie. Elle affirme aussi que le tourisme médical favoriserait la venue ou la rétention des spécialistes (argument aussi partagé par Lunt et collab. (2011), notamment grâce à un bon milieu de travail, ce qui réduirait la migration des professionnels de la santé, et exacerberait les inégalités en santé (Tremblay, 2012) (la qualité des soins étant meilleurs, mais l'accès étant de plus en plus réduit pour les plus démunis (Lunt et collab., 2011; Alsharif, Labonté et Lu, 2010; NaRanong et NaRanong, 2011).

Burkett (2007), pour sa part, évoque le passage des médecins spécialistes du secteur public vers le secteur privé (et, dans certains cas, vers le secteur privé réservé uniquement aux touristes médicaux), ce qui aurait pour résultat d'accentuer la pénurie de professionnels médicaux dans le secteur public. NaRanong et NaRanong (2011), abondent d'ailleurs dans le même sens.

Alsharif, Labonté et Lu (2010), quant à eux, affirment que l'essor du tourisme médical pourrait engendrer l'augmentation du coût des soins, ce qui n'améliorerait pas l'accès aux soins pour les plus pauvres de ce pays (ex. le cas de l'Inde).

NaRanong et NaRanong (2011), pour leur part, évoquent le fait que le tourisme médical fait augmenter les revenus des services médicaux, mais également pour le secteur du tourisme et pour toutes les entreprises connexes.

Enfin, Lunt et collab. (2011), discutent d'un grand nombre d'impacts sur les pays de destination. En effet, ils affirment que l'une des motivations premières, pour les pays de destination, d'avoir fait le choix de développer le secteur du tourisme médical, est l'amélioration de la position de leur balance de paiements et le fait de pouvoir aller chercher des devises étrangères. Toutefois, ils parlent également de l'augmentation des revenus du tourisme, mais aussi des coûts financiers nécessaires pour supporter l'entrée des touristes médicaux au pays (ex. amélioration des infrastructures) au détriment des investissements pour les populations locales et l'exacerbation du système à deux vitesses où les touristes médicaux sont soignés dans des hôpitaux privés sophistiqués avec un personnel hautement qualifié et un équipement médical de pointe et très coûteux, tandis que les populations locales, elles, n'ont accès qu'à des soins de base.

2.1.9 L'état de la situation concernant le tourisme médical dans les pays africains

Bien que les pays de destination favoris du tourisme médical soient en Asie (Inde, Singapour et Thaïlande) (NaRanong et NaRanong, 2011) et en Amérique du Sud (ex. Brésil, Cuba, Costa Rica, etc.) (Lunt et collab., 2011), le tourisme médical est également présent en Afrique. En effet, plusieurs Africains du continent voyagent vers d'autres pays africains ou à l'extérieur du continent afin d'avoir recours à des soins de santé. De la même manière, certains pays africains accueillent ces touristes médicaux tant africains que provenant d'autres continents. Toutefois, le nombre de touristes médicaux africains qui vont se faire soigner dans d'autres pays africains ou dans d'autres continents dépassent largement le nombre de touristes médicaux qui voyagent vers l'Afrique afin de recevoir des soins de santé (Crush et collab., 2012, Crush et collab., 2013 et Crush et collab., 2015 cités dans Modaka, 2017).

Selon la littérature sur le tourisme médical en Afrique et le *Medical Tourism Index* de 2016, l'Afrique compte trois principales destinations pour l'industrie du tourisme médical, soit le Maroc, la Tunisie et l'Afrique du Sud (Medical Tourism Index, 2016). Ces trois pays sont surtout reconnus pour la chirurgie plastique et esthétique (Menvielle et Menvielle, 2010; Menvielle, 2012; Bovier, 2008). Pour des raisons purement linguistiques, les deux pays du Maghreb attirent principalement la clientèle francophone, alors que les anglophones se dirigent plutôt vers l'Afrique du Sud.

Le Maroc et la Tunisie

Le Maroc occupe une place de plus en plus importante dans l'industrie du tourisme médical en Afrique. Cela s'explique par son développement des technologies de pointe, la compétence de ses acteurs, mais surtout grâce à la diversité de ses ressources touristiques (Angel, 2016). En fait, la principale raison qui pousse les étrangers (surtout les Français) à venir se soigner au Maroc, est la chirurgie esthétique et la durée moyenne de leur séjour dans les établissements de santé se situe entre 2 et 5 jours (Angel, 2016). D'ailleurs, le Maroc possède une clinique-hôtel située dans la « *Marrakech Healthcare City* », un village touristique de luxe dont la principale vocation est la santé (Angel, 2016). Cette clinique-hôtel comprend une clinique de 160 lits individuels et un hôtel 5 étoiles de 40 chambres et 56 appartements résidentiels. Les installations médicales de cette clinique-hôtel sont de pointes et les conditions d'accueil des patients sont excellentes tant au niveau de l'hygiène, de la sécurité et du confort (Angel, 2016).

La Tunisie, quant à elle, a probablement le plus haut potentiel d'exportation de soins de santé de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient (Lautier, 2008). Bien qu'elle reçoive des touristes

médicaux européens, la majorité des touristes médicaux en son sol provient d'autres pays africains, notamment de ses pays voisins : la Libye et l'Algérie (Lautier, 2008). Ceux-ci traversent la frontière pour avoir des soins de santé en Tunisie puisque la qualité des soins est meilleure (Lautier, 2008). Toutefois, la Tunisie vise également le Sénégal, le Soudan, la Côte d'Ivoire, le Tchad, la Mauritanie (Ez, 2017), l'Italie et l'Angleterre (Le Borgne, 2007).

Bien qu'en Tunisie et au Maroc, le tourisme médical soit surtout connu pour les chirurgies plastiques et esthétiques, il est possible d'y voir apparaître, peu à peu, des soins dits « lourds » tels qu'en cardiologie, ophtalmologie, chimiothérapie, etc. (Le Borgne, 2007). En Tunisie, il faut ajouter, à cette liste, la gynécologie, l'orthopédie et la rhumatologie (Le Borgne, 2007).

L'Afrique du Sud

Depuis la fin de l'apartheid (1994), l'Afrique du Sud est, peu à peu, devenue une destination importante pour le tourisme médical mondial (Crush et Chikanda, 2014). L'Afrique du Sud est reconnue comme étant une destination de choix en ce qui concerne la chirurgie esthétique et base son marketing sur une combinaison unique de traitements médicaux et de tourisme de récupération (ex. safari médical) (Crush et Chikanda, 2014; Bovier, 2008). Il faut d'ailleurs savoir que son succès dans l'industrie du tourisme est dû, en bonne partie, grâce à la facilité de ses citoyens à utiliser l'anglais (Mazzaschi, 2011, cité dans Connell, 2013). Bien que les touristes médicaux, ciblés par ce pays, sont les Européens (particulièrement ceux provenant de l'Allemagne et du Royaume-Uni), la majorité des touristes médicaux qui s'y rendent proviennent d'autres pays africains ou du Moyen-Orient (Crush et Chikanda, 2014). En effet, entre 2006 et

2012, 99% des 2.6 millions de touristes médicaux qui sont entrés en Afrique du Sud provenaient de pays africains ou du Moyen-Orient (Crush et Chikanda, 2014).

Bien que l'Afrique du Sud soit principalement reconnue comme destination du tourisme médical pour la chirurgie plastique (ex. la rhinoplastie, l'augmentation mammaire, la liposuction, les liftings du visage, ainsi que les abdominoplasties (Maaka, 2006, cité dans Crush et Chikanda, 2014)), les interventions offertes dans ce pays sont maintenant beaucoup plus diversifiées, de sorte que le domaine de la chirurgie esthétique représente seulement un petit segment de l'industrie du tourisme médical dans ce pays (Crush et Chikanda, 2014). En effet, maintenant il est possible de s'y faire fabriquer des prothèses dentaires, de la chirurgie orthopédique élective, de l'ophtalmologie (Bass, 2005), des traitements de fertilité, etc. (Currie, 2013, cité dans Crush et Chikanda, 2014).

Enfin, selon Crush et Chikanda (2014), il y a trois types de touristes médicaux provenant du Sud qui vont se faire soigner en Afrique du Sud. Dans un premier temps, il y a les individus de la classe moyenne de différents pays de l'Afrique de l'Ouest, de l'Est et du Sud qui voyagent par avion et qui ont accès aux hôpitaux privés des plus grandes villes de l'Afrique du Sud. Ils viennent surtout recevoir les soins suivants : des chirurgies reconstructives (ex. reconstruction faciale après un accident ou un traumatisme physique) et des traitements de chimiothérapie. Ils proviennent, en majorité, de l'Angola, de la République démocratique du Congo, du Nigéria et du Kenya, et la durée moyenne de leur séjour est d'environ sept à neuf jours. Par la suite, il y a les patients envoyés par leur propre gouvernement afin de recevoir des soins spécialisés non disponibles dans leur pays de résidence. Ceux-ci proviennent surtout du Botswana, du Lesotho et du Swaziland. Finalement, il y a les individus qui sont « médicalement privés de leurs droits »,

issus de pays voisins de l’Afrique du Sud, qui traversent les frontières terrestres afin d’accéder à des soins de santé dans le système public de l’Afrique du Sud. La majorité des touristes médicaux en Afrique du Sud sont issus de cette catégorie et ces individus proviennent principalement du Lesotho, du Botswana, du Swaziland, du Mozambique et du Zimbabwe. Leur séjour est d’ailleurs de très courte durée (en moyenne deux jours).

Malheureusement, il n’a pas été possible de trouver des statistiques plus précises sur la provenance des touristes médicaux africains.

2.2 La résilience d’un système de santé

2.2.1 La définition de la résilience

Tout d’abord, la résilience est un concept qui n’est pas nouveau. En effet, il est utilisé en sciences sociales depuis plus de 30 ans (Genest et Gratton, 2009) et a été popularisé par M. Holling en 1973 (Bhamra, Dani et Burnard, 2011). De plus, il est multidisciplinaire (Bhamra, Dani et Burnard, 2011) puisqu’il est utilisé, notamment, en psychologie, en sociologie, en éthologie, en médecine (Anaut, 2005), en métallurgie, en écologie, en management stratégique, voire même en ingénierie (Bhamra, Dani et Burnard, 2011). Par exemple, la résilience peut être utile pour la gestion des écosystèmes, l’analyse des interactions entre l’homme et son environnement (Janssen et Ostrom, 2006), le renforcement des systèmes de santé (Martineau, 2016), etc. Cependant, ce concept ne possède pas une définition commune à tous, de sorte que d’une discipline à l’autre, le concept de résilience renvoie à des significations différentes (Weichselgartner et Kelman, 2015). En ce qui concerne la littérature sur la résilience, elle se divise en trois groupes : « [...] readiness and preparedness, response and adaptation [and] recovery or ajustment » (Bhamra, Dani et Burnard, 2011, p.5380). D’autre part, d’après les travaux de Castleden et collab. (2011) cités par

Rogers (2017), plusieurs thèmes reviennent dans les différentes définitions de la résilience dont la communication, la capacité d'adaptation, la sensibilité aux risques, la bonne gouvernance, la planification et la préparation adéquates, pour n'en nommer que quelques-uns. Il faut d'ailleurs savoir qu'au début des années 2000, plusieurs auteurs ont tenté d'identifier les critères à la base d'une organisation résiliente (Cuvelier, 2013). On retrouve notamment, la reconnaissance des compétences non techniques, les formations à la sécurité, la recherche d'erreurs latentes, etc. (Cuvelier 2013). Plus tard, d'autres travaux ont par la suite démontré que la résilience ne rimait pas nécessairement avec sécurité (Cuvelier, 2013). Ce qui est intéressant avec le concept de résilience, c'est que bien qu'il soit important pour rendre et maintenir un système dans un état dit « souhaitable », il peut également maintenir un système dans un état indésirable. En effet, c'est le « dark side of resilience » expliqué par Mitchell et Haris (2012, cité dans Weichselgartner et Kelman, 2015) comme étant le fait de réparer un système indésirable, le rendant donc moins sensible aux menaces futures et aux transformations dites « positives ». Fiksel (2003, cité dans Bhamra, Dani et Burnard, 2011), quant à lui, identifie quatre caractéristiques des systèmes qui contribuent à la résilience. Il parle de la diversité (ex. existence de différents comportements), de l'efficacité (ex. maximisation des résultats en fonction de peu de coût), de l'adaptabilité (ex. flexibilité de changer vis-à-vis de nouvelles pressions) et de la cohésion (ex. existence de relations et de liens qui unissent les différentes variables et éléments d'un système) (Fiksel, 2003, cité dans Bhamra, Dani et Burnard, 2011). Dans tous les cas, le concept de résilience est compris, dans cette recherche, comme étant la capacité des individus (et des systèmes) à la fois à résister, à s'adapter et également à récupérer rapidement suite à un choc de quelque nature (violences, conflits, sécheresses, catastrophes naturelles, maladies infectieuses, etc.) qui peut être influencé par toute sorte d'éléments tels que le niveau de soutien social ou encore le bon « timing » (Almedom et Tumwine, 2008), sans que ce choc ne nuise à son développement à long terme

(Commission européenne, 2015) et qu'il puisse poursuivre son activité tant dans des conditions inattendues qu'attendues (Cuvelier, 2013). Cette définition met donc en lumière les trois dimensions sur lesquels repose ce concept : l'adaptabilité, la flexibilité et l'apprentissage (Conseil international des infirmières, 2016). Ainsi, la résilience d'un système (Almedom et Tumwine, 2008) prend en compte les réponses tant individuelles qu'organisationnelles face aux chocs (Bhamra, Dani et Burnard, 2011).

2.2.2 La définition d'un système de santé

Par la suite, le concept de système de santé est compris comme étant « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal, est d'améliorer la santé » (Organisation mondiale de la Santé, s.d.). Cependant, l'objectif des systèmes de santé est aussi de faire la promotion et le maintien de la santé des populations (Rogers, 2017). Pour y arriver, le système de santé doit être capable d'influencer sur au moins un des cinq déterminants de la santé : la génétique, le comportement, les circonstances sociales et économiques, les influences environnementales et physiques, ainsi que les soins médicaux (Rogers, 2017). De plus, afin d'évaluer la performance d'un système de santé durant une catastrophe, on utilise le concept de résilience expliqué précédemment (Cimellaro, Reinhorn et Bruneau, 2010). D'ailleurs, il existe différentes approches des systèmes de santé : certains mettent l'accent sur la délivrance des intrants nécessaires aux interventions, d'autres organisent les systèmes de santé en fonction des acteurs, des fonctions, des buts et des stratégies, etc. (Chee et collab., 2012). Pour bien fonctionner, un système de santé a besoin d'une multitude de ressources : du personnel, des moyens financiers, de l'information, des fournitures, des moyens de transports et de communication, etc. (Organisation mondiale de la Santé, s.d.). Aussi, il

possède cinq fonctions essentielles : 1) la gouvernance (ex. surveillance gouvernementale en lien avec la politique de santé ou encore la collecte de données), 2) la production de ressources (ex. intrants nécessaires : ressources humaines, capital physique, médicaments et fournitures médicales), 3) la prestation de services (à la fois formel et informel, publics et privés), 4) le financement (ex. volume et sources de ressources financières disponibles pour le système de santé) (Rogers, 2017; Organisation mondiale de la santé, 2004; Pollock et Hong Phua, 2011) et 5) la réglementation (accréditation, contrôle de qualité, etc.) (Pollock et Hong Phua, 2011). Finalement, au sein d'un système de santé, différents acteurs interagissent ensemble tels que : le gouvernement, les organisations non gouvernementales, les services de santé paraétatiques, les fournisseurs de soins de santé « traditionnels », le secteur privé et les patients (Rogers, 2017).

2.2.3 La définition de la résilience d'un système de santé

Enfin, il est possible de mettre les deux concepts précédents ensemble pour en former un troisième : la résilience des systèmes de santé. Elle est définie comme « the capacity of health actors, institutions, and populations to prepare for and effectively respond to crises; maintain core functions when a crisis hits; and, informed by lessons learned during the crisis, reorganise if conditions require it. » (Kruck et collab., 2015, p. 1910). De plus, un système de santé est résilient s'il protège la vie humaine (Kruck et collab., 2015) et s'il est capable de soutenir leurs opérations malgré toutes les conditions (qu'elles soient attendues ou non) en ajustant son fonctionnement selon ces dernières tant avant, pendant qu'après les événements (Braithwaite, Wears et Hollnagel, 2015). Pour construire la résilience d'un système de santé, il est primordial de rencontrer une collaboration entre toutes les disciplines, les secteurs et les organisations, l'apprentissage doit être continu et, finalement, il faut un leadership transformationnel (Rogers,

2017). Toutefois, il faut faire la différence entre les activités qui soutiennent le système de santé (c'est-à-dire les activités qui améliorent les services) et celles qui le renforcent (ex. changement complet des politiques ou des structures organisationnelles menant à des changements de comportement ou à l'utilisation plus efficace des ressources) (Chee et collab., 2012).

2.2.4 Comment déterminer si un système de santé est résilient et comment le devient-il?

Mais alors, comment déterminer en quoi un système de santé est résilient ou non? Certains auteurs tels que M. Martineau (2016) pensent que pour rendre les systèmes de santé réellement résilients, il faut d'abord comprendre les relations et les structures locales qui influencent les divers acteurs qui tentent de répondre aux crises. Cuvelier (2013) croit, quant à elle, qu'une organisation peut être qualifiée de résiliente si elle est capable de contrôle, de réussite et d'adaptation.

D'autres auteurs comme Kruk et collab. (2015) distinguent les systèmes de santé résilients des autres en fonction de cinq caractéristiques. D'abord, les systèmes de santé résilients sont conscients. Cela signifie qu'ils ont des données à jour sur les ressources (humaines, physiques et informationnelles) dont ils disposent, savent exactement où sont leurs faiblesses et leurs forces, tout en étant conscients des risques potentiels vis-à-vis la santé de leurs populations. Par la suite, les systèmes de santé résilients sont diversifiés, puisqu'en pouvant répondre à une plus grande gamme de problèmes sanitaires, ils sont plus stables et plus à même de détecter les menaces. Troisièmement, les systèmes de santé résilients sont autorégulateurs, dans le sens où ils ont la capacité de contenir et d'isoler les menaces pour la santé de leurs populations, et ce, tout en continuant de leur fournir les services de santé de base. Puis, pour que les systèmes de santé

soient résilients, il faut qu'ils soient intégrés. Cela signifie qu'ils doivent avoir de bonnes relations avec d'autres partenaires (régionaux et mondiaux). Enfin, les systèmes de santé résilients sont capables de s'adapter : c'est-à-dire de se transformer afin d'améliorer leur fonctionnement tant en temps normal qu'en cas de crises. Par contre, il faut savoir qu'à ces cinq caractéristiques, Rodin (2014, cité dans Rogers, 2017) ajoute une sixième caractéristique : « the redundant capacities ». Elle l'a défini comme étant des lignes directrices qui permettent de gérer les chocs inattendus, ce qui permet aux systèmes de santé de cibler et de réaffecter, au besoin, les ressources (Rogers, 2017).

Dans le même ordre d'idées, quelques éléments doivent être rencontrés pour qu'un système de santé fonctionne adéquatement, c'est-à-dire qu'il réponde aux besoins et aux attentes de sa population. En effet, selon l'Organisation mondiale de la santé (2010), il faut que, dans un premier temps, ce dernier puisse améliorer l'état de santé tant des personnes que des communautés et des familles. Par la suite, il est essentiel qu'il soit en mesure de défendre ses populations contre les menaces pour leur santé (ex. maladies infectieuses). Aussi, il doit les protéger des conséquences financières que pourraient engendrer une maladie et garantir à ses populations un accès équitable aux soins de santé. Finalement, un système de santé résilient consent à ce que les gens de sa communauté participent aux prises de décisions entourant à la fois leur système de santé et leur santé (Organisation mondiale de la santé, 2010).

Hollnagel, Braithwaite et Wears (2013), pour leur part, affirment qu'un système de santé résilient est un système qui est en mesure de répondre, de surveiller d'apprendre et d'anticiper. D'abord, un système de santé sera plus résilient si l'on travaille sur sa capacité à répondre : il faut, par exemple, préparer des façons de réagir spécifiques pour chaque menace « régulière », prendre en

compte le fait que l'environnement de travail quotidien est imprévisible ou encore savoir improviser, etc. Pour ce qui est de la capacité de surveillance, il s'agit de savoir chercher ce qui pourrait poser problème à court terme. Cette surveillance doit inclure ce qui se passe dans l'environnement, mais aussi ce qui se passe dans son système en lui-même (donc évaluer sa propre performance). Par la suite, il faut que le système de santé puisse apprendre, c'est-à-dire qu'il puisse prendre en compte les expériences du passé dans l'optique d'améliorer ses performances actuelles et futures. Par exemple, il s'agira de déterminer les causes d'un problème et d'identifier les façons de l'éviter dans le futur. Enfin, pour être résilient, il faut pouvoir anticiper : imaginer ce à quoi on peut s'attendre tant à court qu'à moyen terme. Ainsi, il est important d'avoir une idée sur les développements futurs en termes de technologies, d'organisations, de nouvelles menaces, etc.

Puis, Frenk (2010), quant à lui, énumère quatre éléments qui permettent d'améliorer les systèmes de santé : les technologies, la conception des systèmes, les institutions et le leadership. D'abord, les technologies sont importantes dans le renforcement des systèmes de santé tout simplement parce qu'un système de santé ne peut exceller s'il ne fournit pas toutes les interventions nécessaires et appropriées s'il n'est pas accompagné de technologies adéquates. Deuxièmement, les systèmes et sous-systèmes du système de santé (ex. l'approvisionnement, l'information, le personnel, etc.) doivent être conçus pour permettre aux structures et procédures d'assurer la conjonction rapide des ressources humaines puisque sans cela, des services de qualité ne peuvent être offerts. Les institutions, telles que les ministères de la Santé, jouent également un rôle important dans l'amélioration des systèmes de santé puisqu'elles sont essentielles pour l'avènement du développement et qu'elles représentent le véhicule par lequel les individus mobilisent leurs valeurs et leurs intérêts, et poursuivent des objectifs communs. De plus, ses

institutions doivent être sensibles aux réalités locales. Enfin, le leadership est essentiel, car même le système le mieux conçu échouerait dans sa mission sans leaders. Ainsi, afin de diriger les processus à la base de la formulation et des mises en œuvre des politiques de santé, il est nécessaire de retrouver au sein des systèmes de santé, des personnes ayant la capacité de développer une vision stratégique, des connaissances techniques, une orientation éthique et des compétences en politique.

Enfin, l'OMS a élaboré une liste de six composantes essentielles à détenir pour qu'un système de santé soit résilient (OXFAM, 2015). Dans un premier temps, il s'agit d'avoir un nombre adapté d'agents de santé formés (y compris du personnel non clinicien et des agents de santé communautaires) qui soient responsables, justes, efficaces (dans le but d'avoir les meilleurs résultats possible), distribués géographiquement de manière équitable, compétents, qui cherchent à protéger et améliorer la santé des gens, etc. (Organisation mondiale de la santé, 2007). D'ailleurs, la norme de l'OMS est d'avoir 2,3 médecins, infirmières et sage-femmes pour 1000 personnes (OXFAM, 2015). Par la suite, il faut également que les hôpitaux aient suffisamment de matériel médical tel que les médicaments, les outils diagnostiques et les vaccins (OXFAM, 2015). Pour y arriver, il faut des politiques nationales et des règles à suivre, de l'information sur les prix, des accords commerciaux internationaux, de l'approvisionnement, du stockage et de la distribution de marchandises qui réduisent les fuites ou les pertes, etc. (Organisation mondiale de la santé, 2007). Aussi, les systèmes d'information de santé doivent être robustes et comprendre une dimension de surveillance dite efficace (OXFAM, 2015). En ce sens, ces systèmes fournissent des données essentielles (sur les déterminants de la santé, sur la performance des systèmes de santé et sur l'état de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2007)) pour la planification, l'affectation des ressources, l'évaluation des politiques et des programmes de santé,

etc. (OXFAM, 2015). De plus, il est nécessaire d'avoir un nombre adapté d'installations de santé bien équipées et de bonnes infrastructures. Il est question, notamment, d'un accès à de l'eau potable et à des installations d'assainissement, d'un nombre de lits d'hôpitaux adéquats, etc. (OXFAM, 2015). Le financement des systèmes de santé doit également être adapté et suffisant. Par exemple, les pays africains se sont engagés, en 2001, à Abuja au Nigéria, à consacrer, au secteur de la santé, au minimum 15% de leur budget national (Organisation mondiale de la santé, 2012). Il faut donc prévoir de recueillir des fonds supplémentaires lorsque les besoins en matière de santé sont plus élevés ou que les recettes sont insuffisantes, utiliser les ressources de manière transparente et efficiente, réduire la dépendance à l'égard des paiements directs lorsqu'ils sont élevés, etc. (Organisation mondiale de la santé, 2007). Puis, il est indispensable que le secteur public soit solide dans le but d'assurer des services équitables et de qualité puisque souvent, lorsque les gens n'ont pas accès à des soins de santé de qualité, ils se tournent vers le secteur privé bon marché fréquemment non réglementé et non qualifié. Ce sont d'ailleurs les énormes différences de qualités de services d'un système à deux vitesses qui font mal à la résilience des systèmes de santé (OXFAM, 2015).

2.2.5 L'état de la situation concernant la résilience des systèmes de santé africains

Concernant les systèmes de santé africains, la plupart sont inadéquats pour les populations locales et cela engendre des conséquences tant au niveau de la santé, de l'économie, du politique, que du social (Martineau, 2016). Par exemple, l'Afrique subsaharienne a souvent été le théâtre de multiples épidémies et de maladies infectieuses endémiques qui durent de longues périodes (Anekeng, 2017), démontrant donc à quel point la résilience de la majorité des systèmes de santé africains est faible.

Rappelons seulement l'exemple de l'Afrique de l'Ouest avec la dernière épidémie Ebola. Cette dernière a mis en lumière de multiples problèmes, notamment la défaillance des systèmes de santé en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone (Kieny et collab., 2014) et a montré à quel point leur système de santé était fragmenté (un ensemble de lois, d'institutions et de stratégies qui ne fonctionnaient pas ensemble de manière cohérente) (Gostin et Friedman, 2015). Ces pays n'avaient ni les infrastructures sanitaires ni la capacité spécialisée nécessaire pour répondre efficacement et adéquatement à la menace de l'épidémie (Gostin et Friedman, 2015). En fait, certaines fonctions essentielles de ces systèmes de santé fragiles fonctionnaient déjà mal avant l'épidémie d'Ebola (ils avaient de la difficulté à administrer les soins de « routine ») et comportaient déjà de multiples lacunes dans la plupart des secteurs : main-d'œuvre insuffisante et concentrée dans les villes (Gostin et Friedman, 2015), infrastructures médicales inadéquates, systèmes de surveillance, d'information et d'intervention rapide manquants (Kieny et Dovlo, 2015), pas d'électricité ni d'eau courante (OXFAM, 2015), de sorte que l'épidémie a engendré leur démantèlement total (Kieny et collab., 2014).

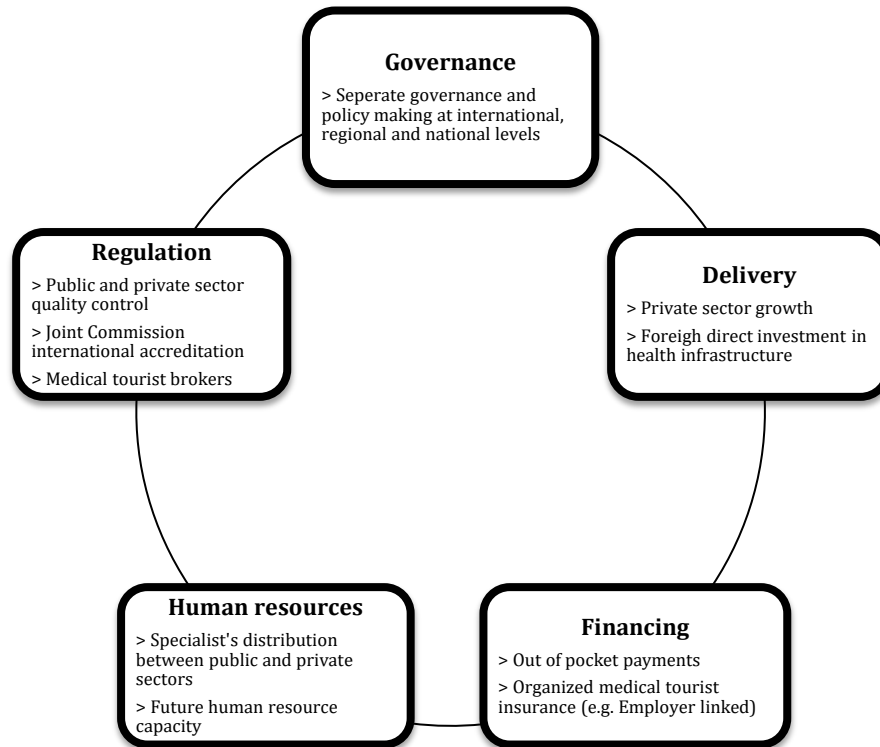
CHAPITRE III - CADRE CONCEPTUEL

Ce chapitre a pour but de présenter le cadre conceptuel retenu pour étudier le tourisme médical, ainsi que ses variables. Ceux-ci seront analysés en lien avec la résilience des systèmes de santé afin de faire ressortir les effets du premier concept sur le deuxième.

3.1 Présentation du cadre conceptuel

Afin de déterminer si le tourisme médical renforce les systèmes de santé africains ou si, au contraire, il l'est fragilise, le chercheur aura recours à un cadre conceptuel et aux argumentaires proposés par les auteurs. Le cadre conceptuel choisi pour ce mémoire est issu de l'article de Pocock et Phua (2011) conçu pour évaluer les avantages et les inconvénients du tourisme médical sur les systèmes de santé (voir figure 1) (Pocock et Phua, 2011) à travers cinq variables : la gouvernance, la prestation des soins, le financement de la santé, les ressources humaines en santé et la réglementation (Pocock et Phua, 2011).

Figure 1 : Cadre conceptuel du tourisme médical et des implications politiques pour les systèmes de santé



Référence : Pocock et Phua (2011, p. 10)

3.2 Les variables

3.2.1 La gouvernance

Traditionnellement, la santé est un domaine qui est considéré comme étant une préoccupation d'ordre public, c'est-à-dire du gouvernement (Pocock et Phua, 2011). Toutefois, la plupart des gouvernements des pays destinataires du tourisme médical jouent également un rôle important de marketing et de promotion de l'industrie du tourisme médical, notamment à cause des bénéfices économiques potentiels (Pocock et Phua, 2011). Dans leur cadre conceptuel, Pocock et Phua

(2011) évoquent la gouvernance d'un point de vue de l'élaboration des politiques et des processus de gouvernance au niveau international, régional et national.

Pour Pocock et Phua (2011), la gouvernance du tourisme médical au sein d'un système de santé est une tâche difficile, voire impossible, de par la nature contradictoire des objectifs de croissance économique d'une part, et de fourniture et d'accès équitables aux soins de santé, d'autre part. En fait, les processus de gouvernance des deux domaines (commerce et santé) sont distincts à trois niveaux : *international* (tensions entre les objectifs de protection et de promotion de la santé et la création de richesses grâce au commerce), *régional* (les objectifs de la politique commerciale sont plus susceptibles de passer devant les objectifs de la politique de santé) et *national* (les politiques de santé (ex. une couverture universelle des soins pour les populations locales qui améliore leur santé globale grâce à l'équité dans l'accès et dans la prestation des services de santé) et du commerce (ex. concernant la croissance économique et la facilitation du commerce), dans la promotion du tourisme médical, sont incohérentes) (Pocock et Phua, 2011).

Labonté et collab. (2017) abondent dans le même sens. De surcroît, ils affirment que la gouvernance est difficile lorsque le gouvernement doit jouer à la fois le rôle de celui qui incite le tourisme médical et celui qui le régule (Labonté et collab., 2017). De toute façon, gérer et régler des fournisseurs de soins privés est une tâche ardue, surtout lorsque la capacité des gouvernements est faible (Marriott, 2009), comme pour le cas de la plupart des gouvernements africains.

3.2.2 La prestation des services

Au niveau de la prestation des services, la majorité des auteurs affirment que le tourisme médical est conduit par le secteur privé de santé (Pocock et Phua, 2011; Chen et Flood, 2013; Hazarika, 2010). En effet, les touristes médicaux sont soignés majoritairement dans des hôpitaux privés (Pocock et Phua, 2011; Kanchanachitra, et collab., 2011; Jabbari et collab., 2012; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010; Arunanondchai et Fink, 2007; Labonté et collab., 2017) et la majorité des professionnels de la santé sont concentrés dans ce même secteur (Pollock et Phua, 2011; Hazarika, 2010) puisque ce dernier peut leur garantir de meilleurs avantages grâce aux bénéfices économiques qu'il récupère du tourisme médical (Pocock et Phua, 2011; Menvielle et Menvielle, 2013). Cette question est traitée ci-dessous dans la section sur les ressources humaines de santé. En Afrique, d'ailleurs, 50% des soins de santé sont assurés par le secteur privé (Marriott, 2009).

Alors que le tourisme médical est devenu, pour certains États, une stratégie économique clé (Kanchanachitra, et collab., 2011) puisqu'il permettrait, notamment, d'aller récupérer des sommes d'argent importantes (Pocock et Phua, 2011) en stimulant la croissance du secteur privé (Hazarika, 2010) et en dotant les hôpitaux d'équipements à la fine pointe de la technologie (Snyder et collab., 2013; Tremblay, 2012), le tourisme médical développerait plutôt un système de santé à deux vitesses (Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010; Lunt et collab., 2011, Hazarika, 2010).

3.2.3 Le financement

En ce qui a trait au financement, le tourisme médical entraînerait une augmentation des dépenses de la part des gouvernements dans le secteur privé (étant donné que les touristes médicaux sont

soignés dans les hôpitaux privés) et conduirait donc à une baisse du financement gouvernemental accordé au système de santé public. En effet, Hazarika (2010) croit que le potentiel de gagner des revenus supplémentaires grâce au tourisme médical pourrait devenir, pour les hôpitaux privés, un argument important dans leur quête de recevoir des subventions plus importantes de la part du gouvernement à long terme. Cela pourrait détourner les fonds destinés au système de santé public (ex. pour les soins de santé primaire) vers le secteur privé (Noree, 2015; Hazarika, 2010; Cortez, 2008).

La redirection des fonds publics vers le secteur privé peut également être analysée d'un autre point de vue. En effet, le tourisme médical peut être subventionné indirectement par les ressources publiques investies dans la formation des travailleurs de la santé qui, après leurs études, décident d'aller travailler dans le secteur privé (Gupta, 2008; Hopkins et collab., 2010), ce qui peut engendrer un détournement des fonds publics qui auraient pu être consacrés à l'amélioration des soins de santé du secteur public (Hopkins et collab., 2010). Cela est d'autant plus vrai que les hôpitaux privés recrutent leur personnel de santé du même bassin de médecins que le secteur public, à la différence qu'ils ne paient pas pour leur formation (Arunanondchai et Fink, 2007; Noree, 2015). Enfin, le tourisme médical utilise aussi les fonds publics lorsqu'un touriste médical nécessite une transfusion de sang ou des soins publics d'urgence (Labonté et collab., 2017).

3.2.4 Les ressources humaines en santé

Le secteur de la santé est un secteur à forte intensité en main-d'œuvre et dont le marché du travail est dualiste : d'un côté on retrouve les spécialistes (ex. médecins d'élite) et de l'autre, le personnel de soutien (ex. infirmières, personnel de nettoyage, etc.) (Vijaya, 2010). Les ressources

humaines sont donc un élément central de tout système de santé puisque la performance de ce dernier dépend, en partie, des connaissances, des compétences et de la motivation des personnes ayant la responsabilité de délivrer les services de santé (Noree, 2015). Dans leur cadre conceptuel, Pollock et Phua (2011) font référence à la répartition des spécialistes de la santé entre le secteur public et le secteur privé et à la future capacité des ressources humaines.

Dans un premier temps, quelques auteurs croient que le tourisme médical aggraverait, dans plusieurs pays, la pénurie des ressources humaines en santé (Pollock et Phua, 2011; Chen et Flood, 2013; Arunanondchai et Fink, 2007) puisqu'ils immigreraient dans d'autres pays où les salaires et les conditions de travail seraient meilleurs (Pollock et Phua, 2011; Chanda, 2002; Snyder et collab., 2015; Olugbenga, 2017). D'ailleurs, l'Afrique subsaharienne serait la région du globe connaissant la plus importante pénurie de travailleurs de la santé (médecins, infirmières et employés de soutien) (Marriott, 2009). Par exemple, le Ghana et l'Afrique du Sud perdent, chaque année, la moitié de leurs étudiants gradués en médecine puisqu'ils quittent vers d'autres pays (Hopkins et collab., 2010). Toutefois, d'autres auteurs, quant à eux, estiment que le tourisme médical pourrait endiguer cet *external brain drain* (émigration internationale des travailleurs de la santé) en leur donnant accès à des emplois dont la rémunération et les conditions de travail seraient meilleurs au privé, ce qui aurait pour conséquence de les retenir dans leur pays (Snyder et collab., 2015; Lautier, 2008; Tremblay 2012; Lunt et collab., 2011).

Cependant, le tourisme médical aggraverait également la fuite des spécialistes de la santé à l'interne (*internal brain drain*), à deux niveaux. D'abord, il s'agit de la migration des professionnels de la santé du secteur public vers le secteur privé (Pollock et Phua, 2011; Kanchanachitra et collab., 2011; Hazarika, 2010; Chen et Flood, 2013; Leng, 2010; Hopkins et

collab., 2010; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010; Arunanondchai et Fink, 2007; Noree, 2015; Helble, 2011; Snyder et collab., 2015; Snyder et collab., 2013; Vijaya, 2010; Gupta, 2008; Meghani, 2011; Burkett, 2007; NaRanong et NaRanong, 2011; Cortez, 2008; Wibulpolprasert et collab., 2004; Pachanee et Wibulpolprasert, 2006; Martinez-Alvarez, Smith et Chanda, 2013). Ce phénomène implique surtout ceux qui peuvent faire des chirurgies demandées en grande partie par les touristes médicaux (ex. chirurgies cardiaques, transplantations, etc.), étant donné que le secteur privé offre de meilleurs salaires, une charge de travail moindre qu'au public (Pollock et Phua, 2011; Hopkins et collab., 2010) et des quarts de travail plus courts (Kanchanachitra et collab., 2011) (et donc de meilleures conditions de travail (Cohen, 2008, cité dans Snyder et collab., 2015)). Dans un deuxième temps, le tourisme médical aggraverait également la migration des professionnels de la santé des zones rurales vers les zones urbaines (Pollock et Phua, 2011; Kanchanachitra et collab., 2011; Chen et Flood, 2013; Johnston et collab., 2010; Arunanondchai et Fink, 2007; Noree, 2015; Helble, 2011; Snyder et collab., 2015; Meghani, 2011; Olugbenga, 2017), dû notamment aux mauvaises conditions de travail et de vie dans les zones rurales (Pollock et Phua, 2011), alors que celles-ci manquent déjà de ressources humaines. Cet *internal brain drain* est très dommageable et a des répercussions sur l'accès aux soins des populations locales qui comptent, pour la plupart, uniquement sur le système de santé public (Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010). Le recrutement du personnel de santé est d'autant plus difficile pour les hôpitaux compte tenu des standards de qualité beaucoup plus élevés qui viennent avec le développement du tourisme médical (Noree, 2015).

Enfin, d'autres auteurs ont mis en évidence un autre problème qu'engendre le tourisme médical sur les ressources humaines. En effet, selon Helble (2011), Vijaya (2010) et Snyder et collab. (2013), il s'agirait du fait que des étudiants en médecine des pays destinataires choisiraient

certaines spécialités au détriment de d'autres en faveur du tourisme médical (des spécialités qui vont de pair avec les traitements demandés par les touristes médicaux), ce qui engendrerait un déséquilibre des compétences dans ces pays.

3.2.5 La réglementation

Finally, concernant la réglementation, Pollock et Phua (2011), dans leur cadre conceptuel, se réfèrent au contrôle de qualité des soins prodigués dans les hôpitaux des secteurs privé et public passant par une accréditation donnée par la *Joint Commission International* (JCI) ou d'autres canaux d'accréditation.

En fait, le tourisme médical, de par sa nécessaire accréditation et son contrôle de qualité des hôpitaux obligatoire, engendre des normes de qualité bien différentes entre les hôpitaux publics et privés, ces derniers étant ceux qui prennent l'initiative de se faire accréditer, alors que les premiers ne sont réglementés que par le ministère de la Santé du pays ou par des organismes quasi-gouvernementaux (Pocock et Phua, 2011). Cela est d'autant plus vrai que, dans la majorité des pays destinataires du tourisme médical, les seuls hôpitaux accrédités par la JCI seraient ceux issus du secteur privé (Pollock et Phua, 2011; Hazarika, 2010).

En définitive, suite à ce qui vient d'être présenté, force est de constater que le tourisme médical ne permet pas de rendre les systèmes de santé africains plus résilients, compte tenu de la situation particulière de ces pays en développement. D'abord, un système de santé résilient fait en sorte que ses hôpitaux publics ont suffisamment de matériels médicaux grâce, notamment, à des politiques nationales et à des règles à suivre (Organisation mondiale de la santé, 2007), ce qui

n'est pas compatible avec la tâche difficile de la gouvernance du tourisme médical au sein d'un système de santé de par la nature contradictoire de leurs objectifs respectifs (Pocock et Phua, 2011). Ensuite, un système de santé résilient nécessite un système de santé public solide dans le but d'assurer des services équitables et de bonnes qualités (OXFAM, 2015), ce qui est incompatible avec le tourisme médical puisque ce dernier rend plutôt le secteur privé plus sophistiqué et à haute teneur technologique (Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010), au détriment du secteur public. Cela se reflète également au niveau du financement et des ressources humaines. En effet, le tourisme médical prive le secteur public de fonds importants (Noree, 2015; Hazarika, 2010), alors qu'un système de santé public résilient possède un financement adapté et suffisant (OXFAM, 2015). De la même manière, le tourisme médical aggrave à la fois la pénurie de personnel par l'émigration internationale des professionnels de la santé (Polock et Phua, 2011; Chen et Flood, 2013; Arunanondchai et Fink, 2007) et la migration interne de ceux-ci du secteur public vers le secteur privé (Polock et Phua, 2011; Kanchanachitra et collab., 2011; Hazarika, 2010; Chen et Flood, 2013; Leng, 2010; Hopkins et collab., 2010; Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010; Arunanondchai et Fink, 2007; Noree, 2015; Helble, 2011; Snyder et collab., 2015; Snyder et collab., 2013; Vijaya, 2010; Gupta, 2008; Meghani, 2011), ce qui ne va pas de pair avec un système de santé résilient qui nécessite un nombre adapté d'agents de la santé formés (OXFAM, 2015). Enfin, la résilience des systèmes de santé publics est menacée par les grands écarts de qualités de services d'un système à deux vitesses (public et privé) (OXFAM, 2015), système étant aggravé par le tourisme médical et l'accréditation des hôpitaux privés (Pocock et Phua, 2011). Au final, « the private sector provides no escape route for the problems facing public health systems in poor countries. [Evidence] available shows that making public health services work is the only proven route to achieving universal and equitable health care [...] » (Marriott, 2009, p. 4).

CHAPITRE IV - LES CONSÉQUENCES DU TOURISME MÉDICAL SUR LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ AFRICAINS

Essentiellement, le chapitre précédent a démontré que le tourisme médical impacte négativement les systèmes de santé et leur résilience à cinq niveaux : la gouvernance, la prestation des services, le financement, les ressources humaines en santé et la réglementation. Dans un même ordre d'idée, le présent chapitre tentera d'expliquer les conséquences de ces impacts négatifs sur la résilience des systèmes de santé africains.

4.1 Une gouvernance difficile

Tel qu'expliqué précédemment, la gouvernance du tourisme médical au sein d'un système de santé est difficile (Pocock et Phua, 2011), ce qui peut engendrer des problèmes. Par exemple, une lenteur dans la prise de décision et un mauvais leadership de la part du ministère de la Santé peuvent constituer des obstacles au développement du secteur de la santé, mais aussi engendrer des conflits avec son rôle premier de veiller au bien-être de ses citoyens (Labonté et collab., 2017). Étant donné que d'après OXFAM (2015), la logistique des chaînes d'approvisionnement en médicaments est « le maillon faible de la plupart des systèmes de santé africains » (p.18), les gouvernements africains doivent améliorer leurs fonctions règlementaires et d'approvisionnement (OXFAM, 2015) (donc, avoir une meilleure gouvernance), s'ils veulent pouvoir compter sur le tourisme médical pour rendre leur système de santé plus résilient.

4.2 Un système de santé à deux vitesses

Tel que présenté dans le chapitre précédent, le tourisme médical aurait un impact sur la

distribution des ressources en santé : l'exacerbation d'un système de santé à deux vitesses. Ce problème serait la résultante d'une mauvaise distribution des ressources, mais également d'un manque de réglementations concernant les soins de santé. L'exacerbation de ce dernier est un grave problème puisqu'il risque de menacer l'équité en matière de santé pour deux raisons (Labonté et collab., 2017). D'une part, les patients locaux ne peuvent se payer des soins dans les hôpitaux hautement sophistiqués (Pocock et Phua, 2011; Noree, 2015), alors que les riches patients étrangers le peuvent (Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010; Lunt et collab., 2011) et, d'autre part, le secteur public manque gravement de ressources (Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010; Lunt et collab., 2011). Donc, le tourisme médical ne serait bénéfique que pour « [...] the corporate hospitals and their rich clients, at times at the expense of the socioeconomically disadvantaged population » (Gola, 2016, p. 128) et non pour le système de santé public (Pocock et Phua, 2011). Un tel système (à deux vitesses) peut également conduire à l'*internal brain drain* et engendrer ce qu'on appelle le « cream skinning », qui consiste à servir ceux qui ont besoin de moins de soins, mais qui peuvent payer plus, au détriment des populations plus pauvres qui n'ont pas les moyens de payer pour des soins de santé (Chanda, 2002). Finalement, un tel système fait en sorte que les touristes médicaux utilisent les ressources sanitaires des pays en développement au détriment des populations locales plus pauvres (Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010).

4.3 Un financement insuffisant du secteur public

Relativement au financement, il a été présenté dans le cadre du chapitre précédent, que le tourisme médical entraîne, notamment, un financement insuffisant du secteur public étant donné que le secteur privé s'approprié une part du financement public.

Dans le cas des pays africains, force est de constater que, sans même prendre en considération l'impact du tourisme médical sur le financement du secteur public, l'investissement dans le secteur de la santé est, dans la grande majorité, largement insuffisant et utilisé de manière inefficace (Chanda, 2002). Alors que les Nations Unies recommandent d'allouer au minimum 15% du budget national pour la santé, rare sont les pays africains qui investissent plus de 5% de leur budget en santé (Kaseje, 2006, cité dans Olugbenga, 2017). Aussi, alors que l'OMS recommande que les gouvernements dépensent au minimum 27\$ par personne par année pour la santé, la majorité des pays africains dépensent seulement 10\$ par personne pour la santé (Kaseje, 2006, cité dans Olugbenga, 2017). Alors, il est facile de croire qu'un pays africain, qui se lance dans le tourisme médical, aura un système de santé public dont les ressources s'amenuisent encore plus.

Plusieurs conséquences peuvent être observées face à des coupes dans le financement du secteur public de la santé. Il est notamment question de l'aggravation de la disparité entre les secteurs public et privé (Snyder et collab., 2013; Hazarika, 2010; Smith, Chanda et Tangcharoensathien, 2009; Noree, 2015), d'un déséquilibre géographique quant à la répartition des infrastructures de santé entre les zones rurales et urbaines (Olugbenga, 2017), de services de moins bonnes qualités (Kimathi, 2017; Olugbenga, 2017), d'un manque de médicaments, de grèves concernant le salaire du personnel en santé, voire même d'une augmentation du taux de mortalité (Kimathi, 2017).

Autrement dit, un financement adéquat est crucial pour que les systèmes de santé africains soient efficaces (Kimathi, 2017) et si un pays africain veut compter sur le tourisme médical pour améliorer la résilience de son système de santé, il devra trouver des solutions pour augmenter le

financement de son système de santé public.

4.4 La pénurie des ressources humaines en santé causée par la fuite des cerveaux à l'international et à l'interne (*external and internal brain drain*)

Dans le chapitre précédent, il a été possible de voir qu'un effet important du tourisme médical est la fuite des cerveaux du personnel de santé à l'interne (des zones rurales vers les zones urbaines, du secteur public vers le secteur privé) et à l'international (vers d'autres pays), et que ce phénomène est d'ailleurs assez important en Afrique. Les États africains ont donc bien besoin d'endiguer cette fuite des cerveaux, mais aussi de développer et retenir les ressources humaines en santé dans le secteur public (Olugbenga, 2017) puisque cette pénurie peut avoir de graves problèmes sur les systèmes de santé publics. Ces conséquences peuvent différer selon le type de fuite des cerveaux (interne VS externe) mais aussi s'appliquer aux deux.

Les conséquences d'une pénurie des ressources humaines dans le cas d'un *internal brain drain* sont nombreuses. D'abord, les patients des régions rurales, qui dépendent du système de santé public, sont les plus désavantagés (Chen et Flood, 2013). En effet, lorsque les professionnels de santé quittent les régions rurales pour les régions urbaines, cela entraîne une répartition inéquitable du personnel de santé entre les zones rurales et urbaines (Noree, 2015; Wibulpolprasert et collab., 2004; Snyder et collab., 2015), alors que les zones rurales n'ont déjà pas, dans bien des cas, suffisamment de personnel de santé (Snyder et collab., 2015). Ensuite, ce phénomène réduit la qualité du système de santé publique et diminue le ratio médecin-patient (Lunt et collab., 2011). Puis, lorsque les professionnels de santé quittent le secteur public pour le privé, il est possible d'observer une baisse de la qualité des soins de santé dans le secteur public, mais aussi de la qualité de l'éducation en santé (Wibulpolprasert et collab., 2004; Snyder et

collab., 2013), de sorte que les patients qui ont recours au système de santé public se font soigner par des professionnels de santé moins qualifiés (Snyder et collab., 2015). Cela s'explique par le fait que les médecins qui quittent vers le secteur privé sont les plus expérimentés (Chen et Flood, 2013). Enfin, les conditions de travail des professionnels de santé qui continuent d'œuvrer dans le secteur public sont aggravées par le mouvement du personnel vers le secteur privé, notamment parce que le ratio patient/travailleur est plus élevé (Snyder et collab., 2015). Ainsi, les ressources humaines en santé font face à un cercle vicieux : les médecins quittent le secteur public à cause des mauvaises conditions de travail pour le secteur privé, cela entraîne une aggravation des conditions de travail du secteur public qui motive encore plus de médecins à quitter pour le secteur privé.

Quant à l'*external brain drain*, il entraîne des pertes en capital qui pourraient potentiellement avoir des effets négatifs sur le développement social et économique des pays destinataires (Arunanondchai et Fink, 2007) et a pour conséquence de rendre le système de santé public moins équitable, de moins bonne qualité et, surtout, moins efficace (Wibulpolprasert et collab., 2004).

Enfin, la fuite des cerveaux dans le secteur de la santé a des conséquences générales, peu importe de quel type de fuite de cerveau il s'agit. D'abord, il peut être bien difficile de former de nouveaux médecins étant donné le fait que les médecins les plus expérimentés ont quitté le secteur public pour le privé ou pour exercer dans un autre pays (Chen et Flood, 2013). Il y a également des coûts en ressources humaines à la hausse causés par la compétition entre les secteurs public et privé, compte tenu du nombre limité de médecins qualifiés (Chen et Flood, 2013). Cela crée un fardeau financier en raison de l'existence d'un besoin constant d'investir dans la formation des ressources humaines en santé (Snyder et collab., 2013). Aussi, il y a une

escalade de coûts dans les soins de santé (Vijaya, 2010). De surcroît, la pénurie en ressources humaines pousse les professionnels en santé vers une baisse d'éthique, ce qui engendre une augmentation du nombre de litiges pour faute professionnelle (Wibulpolprasert et collab., 2004). Enfin, la fuite des cerveaux réduit l'accès aux soins de santé chez les populations locales (Helble, 2011, Whittaker, Manderson et Cartwright, 2010) ou accentue les inégalités dans leur accès aux soins de santé (Wibulpolprasert et collab., 2004).

CHAPITRE V - LES MESURES À PRENDRE POUR QUE LE TOURISME MÉDICAL IMPACTE POSITIVEMENT LA RÉSILIENCE DES SYSTÈMES DE SANTÉ AFRICAINS

Malgré les conséquences négatives que peut avoir le tourisme médical sur les systèmes de santé africains et leur résilience, des mesures peuvent être prises, par les gouvernements en place, dans le but de faire en sorte que le tourisme médical contribue à renforcer les systèmes de santé. Cependant, pour y arriver, il est nécessaire que ces gouvernements aient une structure de gouvernance robuste (Chen et Flood, 2013; Wibulpolprasert et collab., 2004), qui consiste à réguler l'ensemble des fonctions d'un système de santé dans l'optique d'améliorer l'état de santé des populations (Dehbi, 2017), puisqu'une bonne gouvernance en santé est essentielle pour assurer la réussite de la prestation des services de santé (Kimathi, 2017). Ainsi, une gouvernance robuste devra nécessairement passer par la mise en place de politiques et de mesures touchant au secteur de la santé (Kimathi, 2017). Ce chapitre illustre donc ces différentes politiques et mesures. Il est notamment question d'une croissance équitable des secteurs public et privé, de contrer l'exode des cerveaux, d'établir des liens entre les secteurs public et privé, d'augmenter les investissements dans le secteur public et de réduire les écarts de qualité des soins entre les secteurs privé et public.

5.1 Une croissance équitable des secteurs public et privé

Dans la majorité des cas, le tourisme médical entraîne une augmentation de la croissance du secteur privé seulement, ce qui permet d'améliorer ses infrastructures et ses équipements hautement technologiques et de fournir des services spécialisés (Hazarika, 2010). Ainsi, pour que

le tourisme médical puisse contribuer à renforcer les systèmes de santé africains, il faut nécessairement que le secteur public puisse bénéficier de cette croissance. Il est donc question de distribuer équitablement les gains entre les secteurs public et privé et cela passe nécessairement par des politiques de redistribution des ressources. La réaffectation budgétaire de la *National Rural Health Mission* (NRHM), en Inde, est un bon exemple puisqu'elle a permis la standardisation de la qualité des services et une utilisation maximale des ressources disponibles pour la santé (Hazarika, 2010).

5.2 Contrer la fuite des cerveaux

Étant donné le fait que la disponibilité des ressources humaines en santé est un élément crucial de la capacité d'un système de santé à fournir des soins et des services à sa population (Kanchanachitra et collab., 2011), il ne fait nul doute que les gouvernements africains devront mettre en place des politiques ou des mesures visant à limiter à la fois l'*external brain drain* et l'*internal brain drain*. La littérature regorge d'ailleurs d'exemples de mesures suggérées.

D'abord, pour Hazarika (2010) et Leng (2011), la première des choses à faire est de trouver un moyen de répondre à l'insatisfaction des ressources humaines en santé dans le secteur public, notamment en offrant de meilleures conditions (ex. meilleurs salaires) et installations de travail.

Ensuite, Chanda (2002), est d'avis que les gouvernements devraient adopter des incitations tant négatives que positives. Concernant les premières, il pourrait s'agir, entre autres, d'une mesure obligeant les professionnels, migrant vers un autre pays, de rembourser le gouvernement pour les coûts de leur formation (Chanda, 2002) et même d'exiger une période de service obligatoire dans

le pays d'origine de ceux-ci (Chanda, 2002; Chen et Flood, 2013). Chen et Flood (2013) sont également en faveur d'incitations négatives et proposent d'augmenter les frais de scolarité pour les futurs médecins qui prévoient pratiquer dans le secteur privé. Relativement aux incitations positives, elles pourraient prendre la forme d'exonération de l'impôt sur le revenu, de mesures visant à améliorer les conditions et les installations de travail (Chanda, 2002), de politiques fiscales redistributives (Bookman et Bookman, 2007, cité dans Meghani, 2011), d'incitations financières pour attirer plus de médecins dans les hôpitaux publics ruraux ou encore d'incitations non-financières pour les professionnels de santé dans les zones rurales telles que des possibilités de formation continue, de la reconnaissance sociale (ex. prix annuel), etc. (Pachanee et Wibulpolprasert, 2006).

Puis, étant donné qu'une des raisons principales expliquant la pénurie de personnels en santé en Afrique est la faible capacité de production et d'employabilité, les gouvernements africains pourraient mettre en place des mesures d'incitations pour attirer les étudiants dans les branches de médecine et, surtout, de favoriser leur employabilité suite à leurs études (Kanchanachitra et collab., 2011), d'augmenter le nombre de médecins formés en admettant plus d'étudiants dans les programmes entourant le secteur de la santé (NaRanong et NaRanong, 2011; Pachanee et Wibulpolprasert), ainsi que d'embaucher des médecins à la retraite à temps partiel et recruter des médecins étrangers en attendant que le nombre de médecins diplômés augmente (Pachanee et Wibulpolprasert, 2006). D'ailleurs, il serait intéressant de collaborer avec les hôpitaux privés pour la formation de spécialistes (NaRanong et NaRanong, 2011). Cela pourrait être sous forme de partenariats où le personnel de santé du secteur public irait travailler un certain temps dans le secteur privé afin d'améliorer leur formation (Snyder et collab., 2013).

Pour Kanchanachitra et collab. (2011), trois autres solutions sont envisageables. En fait, selon eux, pour limiter les effets de la pénurie du personnel de santé et augmenter l'accès aux services, il faudrait transférer certaines tâches cliniques et d'autres fonctions à des employés de niveau inférieur (Kanchanachitra et collab., 2011). Des partenariats entre les hôpitaux des pays de destination et des pays d'origine des touristes médicaux, ainsi que des mesures de renforcement des capacités pourraient également être mis en place (Kanchanachitra et collab., 2011). Ces mesures consisteraient, par exemple, à faire revenir dans leur pays d'origine, pour un laps de temps, des professionnels en santé ayant quittés pour exercer ailleurs, afin de former de nouveaux professionnels en santé (Kanchanachitra et collab., 2011).

Enfin, il serait possible d'engager des médecins étrangers (Leng, 2011; Noree, 2015; Wibulpolprasert et collab., 2004), d'encourager les hôpitaux publics, surtout ceux en zones rurales, de prodiguer des soins aux clients étrangers (Wibulpolprasert et collab., 2004), ou encore d'avoir recours à une coopération bilatérale, régionale et/ou multilatérale (Chanda, 2002). Par exemple, Chanda (2002) propose des accords bilatéraux pour les flux transfrontaliers de professionnels en santé en fonction de leurs conditions d'offre et de demande nationales (ex. des visas spéciaux ou des programmes de recrutement) ou encore la fourniture, par le pays d'origine du touriste médical, d'une assistance technique et financière au pays de destination.

5.3 Établir des liens entre les secteurs public et privé

Dans l'optique de renforcer les systèmes de santé, il y a une réelle nécessité d'établir des liens entre les secteurs public et privé. En effet, des liens entre ces deux secteurs pourraient potentiellement augmenter la capacité financière du secteur public, mais aussi améliorer tant la

disponibilité que la qualité des services et réduire la disparité des conditions de travail entre les deux secteurs (Hazarika, 2010; Chanda, 2002). Ces liens pourraient être créés de multiples façons : des échanges de ressources humaines en santé, une coopération dans la formation des professionnels de santé, une utilisation réciproque des installations, un partage des informations et de recherche, une fourniture de services complémentaires, un transfert des recettes du privé pour subventionner le public, une fourniture de soins gratuits/tarifs subventionnés dans des hôpitaux hautement spécialisés, etc. (Hazarika, 2010; Chanda, 2002).

5.4 Augmenter les investissements dans le secteur public

Étant donné qu'un système de santé résilient est un système qui compte sur un financement adapté et suffisant (OXFAM, 2015), les États africains, s'ils optent pour le tourisme médical, devront s'assurer d'augmenter le financement du secteur public. Cela peut être fait, notamment, en réduisant le coût élevé des terrains en zone urbaine, en subventionnant des terrains en zone rurale pour y favoriser les installations médicales ou en fournissant une aide financière dédiée à la construction d'hôpitaux et à l'acquisition de nouveaux équipements (Chanda, 2002). Il pourrait également s'agir de revoir les procédures de gestion dans l'optique d'accroître l'efficacité et réduire les coûts en matière de services de santé, ainsi que d'utiliser les revenus du tourisme médical pour développer le système de santé nationale et réinvestir les taxes perçues des hôpitaux privés dans le système de santé public (Chanda, 2002; Hazarika, 2010; Chen et Flood, 2013; Leng, 2010; Hopkins et collab., 2010; Noree, 2015). De plus, pour limiter le transfert de certains fonds publics vers le secteur privé (cas des médecins qui pratiquent dans les hôpitaux privés alors qu'ils ont été formés dans des universités publiques), les hôpitaux privés devraient contribuer au processus de formation des professionnels en santé, surtout pour les médecins (Noree, 2015).

Cela pourrait prendre la forme de taxes (Noree, 2015). Enfin, les gouvernements devraient investir plus efficacement dans la formation des ressources humaines en santé et dans les installations en prenant compte de leurs besoins dans les segments spécifiques de la santé (Chanda, 2002).

5.5 Réduire les écarts de qualité des soins prodigués entre les secteurs public et privé

Puisqu'un système de santé à deux vitesses risque de menacer l'équité en matière de santé (Labonté et collab., 2017), il est primordial que les pays africains réduisent les écarts de qualité des soins entre ceux prodigués dans le secteur public et ceux du privé. Afin d'y arriver, les auteurs croient que ces gouvernements devraient adopter un standard minimum concernant les soins de santé qui couvrirait à la fois les secteurs privé et public (Hazarika, 2010). Cela pourrait, par exemple, prendre la forme d'un système national d'accréditation (Hazarika, 2010). C'est d'ailleurs ce que les gouvernements malaysien (Leng, 2010) et indien (Gupta, 2011) ont fait. Lunt et collab. (2011), croient, quant à eux, que les gouvernements africains devront mettre en place une politique de redistribution des ressources en santé et des initiatives caritatives pour aider les populations locales plus démunies.

CHAPITRE 6 - CONCLUSION

Ce dernier chapitre vise à résumer brièvement les résultats clés de cette recherche et à conclure sur des suggestions pour des recherches futures sur le sujet.

6.1 Sommaire des résultats

Le but de ce mémoire était de mettre au jour les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé afin de déterminer si les États africains peuvent s'appuyer sur le tourisme médical dans le but d'améliorer la résilience de leur système de santé. Rappelons succinctement que cette recherche a été possible grâce à une revue de littérature exhaustive et au cadre conceptuel de Pocock et Phua (2011) de cinq variables : la gouvernance, la prestation des services, le financement, les ressources humaines et la réglementation. Globalement, les résultats de cette recherche ont démontré que les pays africains ne peuvent pas s'appuyer sur le tourisme médical pour rendre leur système de santé plus résilient compte tenu des nombreux effets négatifs importants de ce dernier sur les systèmes de santé et leur résilience. En effet, le tourisme médical engendre une gouvernance difficile, rendant presque impossible la tâche d'élaborer des politiques nécessaires pour que les hôpitaux africains soient munis, entre autres, de suffisamment de matériels médicaux et de médicaments. Il occasionne également l'exacerbation d'un système de santé à deux vitesses en transformant le secteur privé à haute teneur technologique, au détriment du secteur public, alors que ce dernier doit impérativement être robuste pour être résilient, ce qui en résulte un grand écart de qualité des soins prodigués au public versus au privé. De cela résulte aussi un financement insuffisant du système de santé public, ce qui va à l'encontre d'un système de santé résilient puisque des ressources financières minimums sont nécessaires pour faire

fonctionner un système de santé public. Le tourisme médical et un système de santé à deux vitesses exacerbent également, tous les deux, la fuite des cerveaux, que ce soit à l'interne ou à l'externe, ce qui occasionne une pénurie de ressources humaines en santé, alors qu'un système de santé résilient comporte un nombre suffisant de professionnels en santé. Gupta (2011) avait alors dit juste lorsqu'il affirmait que: « [e]vidence available shows that making public health services work is the only proven route to achieving universal and equitable health care » (p. 316). La résilience des systèmes de santé africains ne peut donc s'obtenir qu'en mettant le système de santé public comme priorité, et ce, peu importe le coût.

Malgré tout, ce mémoire a démontré que des alternatives sont possibles pour limiter les effets négatifs du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé. Effectivement, la revue de littérature a mis au jour des suggestions de la part d'auteurs concernant des solutions à mettre en place pour contrer les effets négatifs du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé. Il a notamment été question de rendre la croissance des secteurs public et privé équitable (redistribuer les profits du privé vers le secteur public), de mettre en place un bon nombre d'incitatifs tant positifs que négatifs pour contrer la fuite des cerveaux (ex. prix de reconnaissance et service obligatoire dans les hôpitaux publics durant un certain nombre de temps), d'établir des liens entre les secteurs public et privé (ex. échange de ressources humaines, partage des installations et des informations en santé, etc.), d'augmenter les investissements actuels destinés au système de santé public puisqu'ils sont grandement insuffisants pour le moment et, enfin, de réduire les écarts de qualité entre le public et le privé, notamment en instaurant un système d'accréditation nationale.

6.2 Réflexion sur les limites et les perspectives de recherche futures

Étant donné le fait que cette recherche se soit basée uniquement sur une analyse documentaire (données secondaires), il est évident que les résultats obtenus reflètent uniquement les données actuellement existantes sur le sujet. De cette façon, il serait intéressant, pour une recherche future, de faire une étude de cas sur un pays africain ayant fait le virage vers le tourisme médical (ex. le Maroc, la Tunisie ou l’Afrique du Sud) afin de mesurer concrètement les effets que ce dernier a eu sur la résilience de leur système de santé public (ex. comparaison entre le système de santé avant l’arrivée du tourisme médical à grande échelle tel qu’on le connaît aujourd’hui et l’état actuel du système de santé en question). Ainsi, il serait possible de mieux comprendre le phénomène avec la réalité de ce continent unique. De plus, il serait intéressant de comparer ces résultats avec une étude de cas menée dans un des pays leaders du tourisme médical (un pays asiatique tel que l’Inde ou la Thaïlande) afin de faire ressortir les similitudes et les disparités entre ceux-ci.

Tel qu’il a été dit précédemment, le phénomène du tourisme médical est encore émergent et trop peu de recherches ont été menées sur le sujet jusqu’à ce jour, surtout en Afrique. D’ailleurs, les recherches trouvées durant la revue de littérature ne portaient pas précisément sur les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé, de sorte qu’il y a de la place pour des recherches plus poussées et précises sur le sujet en Afrique. Enfin, la revue de littérature a mis en évidence le fait qu’il y a un réel besoin d’avoir davantage de données sur le sujet du tourisme médical afin de permettre aux dirigeants de prendre de meilleures décisions et que celles-ci soient basées sur des preuves solides (Martinez-Alvarez, Smith et Chanda, 2013).

BIBLIOGRAPHIE

- AHWIRENG-OBENG, Frederick et Charl van LOGGERENBERG (2010). « Africa's middle class women bring entrepreneurial opportunities in breast care medical tourism to South Africa », *International Journal of Health Planning and Management*, n°26, p.39-55.
- ALMEDOM, Astier M. et James K. TUMWINE (2008). « Resilience to Disasters : a paradigm shift from vulnerability to strenght », *African Health Sciences*, vol. 8, p. S1-S4.
- ALSHARIF, Mohd Jamal, Ronald LABONTÉ ET Zuxun LU (2010). « Patients beyond borders : A study of medical tourists in four countries », *Global Social Policy*, vol. 10(3), p. 315-335.
- ANAUT, Marie (2005). « Le concept de résilience et ses applications cliniques », *Recherche en soins infirmiers*, n°82, p. 4-11. doi : 10.3917/rsi.082.0004.
- ANEKENG, Boris Derrick (2017). « Résilience et réactivité des systèmes de santé : un bien public pour une sécurité sanitaire mondiale », *La lettre hebdomadaire de Politiques Internationales de Santé*, [En ligne]. [<http://www.santemondiale.org/2017/01/02/edito-resilience-reactivite-des-systemes-de-sante-bien-public-pour-une-securite-sanitaire-mondiale/>] (Consulté le 14 Janvier 2017).
- ANGEL, Mickaela (2016). *Le tourisme médical au Maroc : enjeux et nouvelles compétences des professionnels de santé*, 212 p. [thèse de doctorat de l'Université Paris-Saclay]. [<https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-01634031v1>] (Consulté le 26 février 2018).
- ARUNANONDCHAI, Jutamas et Carsten FINK (2007). «Trade in health services in the ASEAN region », *Health Promotion International*, vol. 21(1), p. 59-66.
- BHAMRA, Ran, Samir DANI et Kevin Burnard (2011). «Resilience : the concept, a litterature review and future directions », *International Journal of Production Research*, vol. 49 (18), p.5375-5393.
- BASS, David (2005). « Kindneys for cash and egg safaris – Can we allow 'transplant tourism' to flourish in South Africa? », *South African Medical Journal*, vol. 95(1), p. 42-44.
- CORTEZ, Nathan (2008). « Patients without borders : the emerging global market for patients and the evolution of modern health care », *Indiana Law Journal*, vol. 83(1), p. 71-132.
- DEHBI, Badr (2017). « La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie », *Africa Development*, vol. 42(1), p.121-145.
- BERGER, Emanuele et collab. (2010). *La triangulation au service de la recherche en éducation. Exemples de recherches dans l'école obligatoire*, 8 p. [Document sur la triangulation].

[\[https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-b/La%20triangulation.pdf\]](https://plone.unige.ch/aref2010/communications-orales/premiers-auteurs-en-b/La%20triangulation.pdf) (Consulté 25 janvier 2017).

- BERHMANN, Jason et Elise SMITH (2010). « Top 7 Issues in Medical Tourism : Challenges, Knowledge Gaps, and Future Directions for Research and Policy Development », *Global Journal of Health Science*, vol. 2, n°2, p. 80-90.
- BEZRUCHKA, Stephen (2000). « Medical tourism as Medical Harm to the Third World : Why? For Whom? », *Wilderness & Environmental Medicine*, vol. 11(2), p.77-78.
- BOVIER, Patrick A. (2008). « Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau type? », *Revue Médicale Suisse*, vol. 4(157), p. 1196-1201.
- BRAITHWAITE, Jeffrey, Robert L. WEARS et Erik HOLLNAGEL (2015). « Resilient health care : turning patient safety on its head », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27 (5), p. 418-420. doi: 10.1093/intqhc/mzv063.
- BURKETT, Levi (2007). « Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective », *The journal of legal medicine*, vol. 28(2), p. 223-245.
- BUZINDE, Christine N. et Careen YARNAL (2012). « Therapeutic landscape and postcolonial theory : a theoretical approach to medical tourism », *Social Science & Medecine*, p.783-787.
- CARRERA, Percivil et John FP BRIDGES (2006). « Globalization and healthcare : understanding health and medical tourism », *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, vol. 6(4), p. 447-454.
- CHANDA, Rupa (2002). « Trade in health services », *Bulletin of the World Health Organisation*, vol. 80(2), p.158-163.
- CHEE, Grace et collab. (2013). « Why differentiating between health system support and health system strengthening is needed », *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 28(1), p.85-94.
- CHEN, Y. Y. Brandon et Colleen M. FLOOD (2013). « Medical Tourism's Impact on Health Care Equity and Access in Low- and Middle-Income Countries: Making the Case for Regulation », *The Journal of Law, Medecine & Ethics*, vol. 41(1), p. 286-300.
- CIMELLARO, Gian Paolo, Andrei REINHORN et Michel BRUNEAU (2010). « Seismic resilience of a hospital system », *Structure and Infrastructure Engineering*, vol. 6 (1-2), p. 127-144.
- COMMISSION EUROPÉENNE (2015). « Renforcer la résilience : l'approche de l'UE », Commission européenne, [En ligne]. [\[http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/thematic/EU_building_resilience_fr.pdf\]](http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/factsheets/thematic/EU_building_resilience_fr.pdf) (Consulté le 10 février 2017).

- CONNELL, John (2013). « Contemporary medical tourism : Conceptualisation, culture and commodification », *Tourism Management*, vol. 34, p. 1-13.
- CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES (2016). « Les infirmières, une force pour le changement : Pour des systèmes de santé plus résilients », Conseil international des infirmières, [En ligne].
[\[http://www.orderofnurses.org.lb/Modules/Tables/UploadPDF/8647_07.03.YYIND_kit_2016_fr.pdf\]](http://www.orderofnurses.org.lb/Modules/Tables/UploadPDF/8647_07.03.YYIND_kit_2016_fr.pdf) (Consulté le 10 février 2017).
- CONSTANTIN, Alexandru (2015). « International Health Tourism », *International Journal for Responsible Tourism*, vol. 4(1), p. 59-72.
- CRUSH, Jonathan et Abel CHIKANDA (2014). « South-South medical tourism and the quest for health in Southern Africa », *Social Science & Medicine*, vol. 124, p. 313-320.
- CUVELIER, Lucie (2013). « L'ingénierie de la résilience : un nouveau modèle pour améliorer la sécurité des patients? L'exemple de l'anesthésie », *Santé publique*, vol. 25, p. 475-482.
- DEHBI, Badr (2017). « La problématique de gouvernance sanitaire au nord de l'Afrique : cas du Maroc, de l'Algérie et de la Tunisie », *Afrique et développement*, vol. XLII (1), p. 121-145.
- ESNARD, Laure (2005). « Le boom de la chirurgie à prix réduit », *Téoros*, vol. 24(3), p. 25-29.
- EZ, Eléonore Abou (2017). « La Tunisie mise sur les pays africains pour développer le tourisme médical », *Géopolis*, [en ligne].[\[http://geopolis.francetvinfo.fr/la-tunisie-mise-sur-les-pays-africains-pour-developper-le-tourisme-medical-146297\]](http://geopolis.francetvinfo.fr/la-tunisie-mise-sur-les-pays-africains-pour-developper-le-tourisme-medical-146297) (Consulté le 24 février 2018).
- FRENK, Julio (2010). « The Global Health System : Strengthening National Health System as the Next Step for Global Progress », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 28, p. 85-94, DOI: 10.1002/hpm.2122.
- GARCIA-ALTÉS, Anna (2005). « The development of Health Tourism Services », *Annals of Tourism Research*, vol. 32, p. 262-266.
- GENEST, Christine et Francine GRATTON (2009). « La place de la résilience familiale lors d'un suicide à l'adolescence », *Frontières*, vol. 22, n° 1-2, p. 42-49.
- GOLA, Swati (2016). « Medical tourism in India – in whose interest? », *Journal of International Trade Law and Policy*, vol. 15(2/3), p. 115-133.
- GOSTIN, Laurence O. et Eric A. FRIEDMAN (2015). « A retrospective and prospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex », *The Lancet*, vol. 385(9980), p.1902-1909.
- GUPTA, Amit Sen (2011). « Medical tourism: reverse subsidy for the elite.(Comparative Perspectives Symposium: Gender and Medical Tourism)(Essay), *Signs*, vol.36(2), p. 312-319.

- GUPTA, Amit Sen (2008). « Medical tourism in India : winners and losers », Indian journal of medical ethics, vol. 5(1), p. 4-5.
- HAZARIKA, Indrajit (2010). « Medical tourism : its potential impact on the health workforce and health systems in India », Health Policy and Planning, vol. 25(3), p. 248-251.
- HELBLER, Matthias (2011). « The movement of patients across borders : challenges and opportunities for public health », Bulletin of the World Organisation, vol. 89(1), p.68-72.
- HOLLNAGEL, Erik, Jeffrey BRAITHWAITE et Robert L. WEARS (2013). «Epilogue :How to make Health Care Resilient ». Dans Ashgate Studies in Resilience Engineering : Resilient Health Care, États-Unis : Ashgate, 270 p.
- HOPKINS, Laura et collab. (2010). « Medical tourism today : What is the state of existing knowledge? », Journal of Public Health Policy, vol. 31(2), p. 185-198.
- HUME, Lydia F. et Fred J. DEMICCO (2007). « Bringing Hotels to Healthcare : A Rx for Success », Journal of Quality Assurance in Hospitality and Tourism, vol. 8(1), p. 75-84.
- JABBARI, Alireza et collab. (2012). « Medical Tourism in Iran : Issues and challenges », Journal of Education and Health Promotion, vol. 1, p. 1-5.
- JANSSEN, M. A. et E. OSTROM (2006). «Resilience, vulnerability, and adaptation: A cross-cutting theme of the International Human Dimensions Programme on Global Environmental Change », Global Environmental Change, vol. 16 (3), p. 237-239. Doi : 10.1016/j.gloenvcha.2006.04.003
- JOLICOEUR-LANDRY, Xavier (2011). Les canadiens et le choix du tourisme médical : Exploration des variables d'influence, Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès sciences, HEC Montréal.
- JOHNSTON, Rory et collab. (2010). « What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping Review », International Journal for Equity in Health, vol. 9, p. 1-13.
- KANCHANACHITRA, Churnrurtai et collab. (2011). « Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services », The Lancet, vol. 377(9767), p.769-781.
- KIENY, Marie-Paule et Delanyo DOVLO (2015). « Beyond Ebola: a new agenda for resilient health systems », The Lancet, vol. 385(9963), p.91-92.
- KIENY, Marie-Paule, et collab. (2014). « Résilience des systèmes de santé : réflexions sur la crise Ebola en Afrique de l'Ouest », Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. [<http://www.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>] (Consulté le 3 novembre 2016).

- KIMATHI, Leah (2017). « Challenges of the Devolved Health Sector in Kenya : Teething Problems or Systemic Contradictions? », *Africa Development*, volume 42(1), p.55-77.
- KRUK, Margaret E. et collab. (2015). « What is a resilient health system? Lessons from Ebola », *The Lancet*, vol. 385 (9980), p. 1910-1912.
- LABONTÉ, Ronald et collab. (2017). « What does the development of medical tourism in Barbados hold for health equity? an exploratory qualitative case study », *Global Health research and policy*, vol. 2, p. 1-9.
- LAUTIER, Mark (2008). « Export of health services from developing countries : The case of Tunisia », *Social Science and Medicine*, vol. 67(1), p.101-110.
- LE BORGNE, Catherine (2007). « Le tourisme médical : une nouvelle façon de se soigner », *Les Tribunes de la santé*, n°15, p. 47-53.
- LENG, Chee Heng (2010). « Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore », *Global Social Policy*, vol. 10(3), p. 336-357.
- LUNT, Neil et collab. (2011). *Medical Tourism : Treatments, Markets, and Health System Implications : A scoping review*, 55 p. [Rapport de l'OCDE].
 [https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf?TSPD_101_R0=469801c658ac3a6c7c661810e21c34b01410000000000000088744443ffff000000000000000000000000000005a997fa4003c15b87e] (Consulté le 20 février 2018).
- MARRIOTT, Anna (2009). « Blind Optimism Challenging the Myths About Private Health Care in Poor Countries », *IDEAS Working Paper Series from RePEc*, 55 p.
- MARTINEAU, Fred P. (2016). « People-centred health systems: building more resilient health systems in the wake of the Ebola crisis », *International Health*, vol. 8(5), p.307-309.
- MARTINEZ-ALVAREZ, Melisa, Richard D. SMITH et Rupa CHANDA (2013). « The impact of Medical Tourism in Low- and Middle-Income Countries ». Dans BOTTERILL, David et collab. (2013). *Medical Tourism and Transnational Health Care, United Kingdom : Palgrave Macmillan*, 258 p.
- MASOUD, Ferdosi et collab (2013). «A systematic review of publications studies on medical tourism », *Journal of Education and Health Promotion*, vol. 2, p.1-5.
- MEDICAL TOURISM INDEX (2016). « Africa region », [en ligne].
 [<https://www.medicaltourismindex.com/overview/africa/>] (Consulté le 24 février 2018).
- MEGHANI, Zahra (2011). « A robust particularist ethical assessment of medical tourism », *Developing world bioethics*, vol.11(1), p. 16-29.

- MENVIELLE, Loïk et William MENVIELLE (2013). « Tourisme médical : un secteur stratégique pour le développement des États », *Revue internationale et stratégique*, n°90, p. 153-162.
- MENVIELLE, Loïk et William MENVIELLE (2012). « Tourisme médical : quelle place pour les pays en développement ? », *Mondes en développement*, n°157, p.81-96.
- MENVIELLE, Loïk et William MENVIELLE (2010). « Le tourisme médical : une nouvelle façon de voyager », *Téoros*, vol. 29(1), p. 109-119.
- MOGAKA, John J. O., Lucia MUPARA et Joyce M. TSOKA-GWEGWENI (2017). « Ethical issues associated with medical tourism in Africa », *Journal of Market Access & Health Policy*, vol. 5, p. 1-13.
- MOGAKA, John J. O. et collab. (2017). « Effects of Medical Tourism on Health Systems in Africa », *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*, vol. 6, p.1-25.
- MOHAMAD, Wan Normila, Azizah OMAR et Mahmud Sabri HARON (2012). « The Moderating Effect of Medical Travel Facilitators in Medical Tourism », *Social and Behavioral Sciences*, vol. 65, p. 358-363.
- NARANONG, Anchana et Viroj NARANONG (2011). « The effects of medical tourism :Thailand's experience », *Bulletin of the World health Organization*, vol.89(5), p.336-344.
- NOREE, Thinakorn (2015). *The impact of medical tourism on the domestic economy and private health system : a case study of Thailand*, 293 p. [Thèse de doctorat dans le cadre des exigences du programme de doctorat en philosophie de l'Université de Londres]. [<http://researchonline.lshtm.ac.uk/2267963/>] (Consulté le 25 mars 2018).
- OLUGBENGA, Ebenezer Olatunji (2017). « Workable Social Health Insurance Systems in Sub-Saharan Africa : Insights From Four Countries », *Africa Development*, vol.42(1), p.147-175.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2012). « Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la région africaine de l'OMS : Répondre au défi », *Organisation mondiale de la santé*, [En ligne]. [<https://www.who.afro.who.int/fr/ahm/issue/14/reports/renforcement-des-syst%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-dans-les-pays-de-la-r%C3%A9gion-africaine-de-l>] (Consulté le 10 février 2017).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010). *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé*, 3 p. [Document de l'OMS]. [http://www.who.int/healthsystems/FR_HSSkeycomponents.pdf?ua=1] (Consulté le 10 février 2017).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2007). *Strengthening health systems to improve health outcomes*, 56 p. [WHO's framework for action].

[http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1] (Consulté le 21 février 2017).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2004). « Strengthening health systems : the role and promise of policy and systems research », [Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. [http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Strengthening_complet.pdf] (Consulté le 7 mars 2018).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (s.d.). « À Propos des systèmes de santé », Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. [<http://www.who.int/healthsystems/about/fr/>] (Consulté le 10 février 2017).

OXFAM (2015). Plus jamais ça! Mettre en place des systèmes de santé résilients et tirer les enseignements de la crise liée à Ebola, 44 p. [Document d'information d'OXFAM]. [https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp-never-again-resilient-health-systems-ebola-160415-fr.pdf] (Consulté le 10 janvier 2017).

PACHANEE, Cha-Aim et Suwit WIBULPOLPRASERT (2006). « Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand », Health Policy and Planning, vol. 21(4), p. 310-318.

POCOCK, Nicola et Kai Hong PHUA (2011). « Medical tourism and policy implications for health systems : a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia », Globalization and Health, vol. 7(1), p. 1-12.

POIRIER, Marie-Pierre (2014). Analyse comparative de la vulnérabilité sociale aux changements climatiques : exemples de Chéticamp et des communes d'Huong Phong et d'Hai Duong, 108 p. [Thèse de maîtrise dans le cadre des exigences du programme de maîtrise ès arts en mondialisation et développement international de l'Université d'Ottawa]. [https://ruor-uottawa-ca.proxy.bib.uottawa.ca/bitstream/10393/32439/1/Poirier_MariePierre_2014_m%c3%a9moire.pdf] (Consulté le 6 mars 2018).

ROGERS, Dierdre Ann (2017). Liberian health system resilience : lessons from the 2014-2015 west african Ebola epidemic, 224 p. [Dissertation comme exigence partielle relative au Doctorat en santé publique de l'Université de Boston]. [<https://search-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/docview/1876876615?accountid=14701>] (Consulté le 20 mars 2017).

SMITH, Richard, Rupa CHANDA et Viroj TANGCHAROENSATHIEN (2009). « Trade in health-related services », The Lancet, vol. 373(9663), p.p. 593-601.

SNYDER, Jeremy et collab. (2015). « Medical tourism's impacts on health worker migration in the Caribbean: five examples and their implications for global justice », Global Health Action, vol. 8(1), p. 1-9.

- SNYDER, Jeremy et collab. (2013). « Understanding the impacts of medical tourism on health human resources in Barbados: a prospective, qualitative study of stakeholder perceptions », *International Journal for equity in Health*, vol. 12, p. 1-11.
- TREMBLAY, Monica (2012). *Tourisme médical : quel rôle pour l'État?*, 21 p., [Rapport évolutif de l'ENAP. Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec; rapport 9]. [http://www.leppm.enap.ca/leppm/docs/Rapports_sante/Tourisme_medical_final_WEB.pdf] (Consulté le 22 février 2018).
- VIJAYA, Ramya M. (2010). « Medical Tourism : Revenue Generation or International Transfer of Healthcare Problems? », *Journal of Economic Issues*, vol. 44(1), p.53-69.
- WEICHSELGARTNER, Juergen et Ilan KELMAN (2015). « Geographies of resilience: Challenges and opportunities of a descriptive concept », *Progress in Human Geography*, vol. 39(3), p.249-267, doi : 10.1177/0309132513518834.
- WHITTAKER, Andrea, Lenore MANDERSON et Elizabeth CARTWRIGHT (2010). « Patients without Borders : Understanding Medical Travel », *Medical Anthropology*, vol. 29(4), p. 336-343.
- WIBULPOLPRASERT, Suwit et collab. (2004). « International service trade and its implications for human resources for health : a case study of Thailand », *Human Resources for Health*, vol. 2(1), p.1-12.
- YAYA, Sanni (2010). « Sens et direction pour les malades de l'indifférence : quelles priorités pour la santé publique dans le tiers-monde? ». Dans YAYA, Hachimi Sanni (dir.), *Les maux et les choses acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*, Québec : Presses de l'Université Laval, p. 1-33.