

**UNIVERSITE GALATASARAY
INSTITUT DES SCIENCES SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES POLITIQUES**

**L'IMPACT DU TOURISME MÉDICAL SUR
L'ACCESIBILITÉ DES SOINS DE SANTÉ DANS LE
PAYS D'ACCUEIL ET LE CAS DE LA TURQUIE**

THESE DE MASTER DE RECHERCHE

Deniz ŞAHİN

Directeur de Recherche: Prof. Dr. Özgür ADADAĞ

AOÛT 2024

REMERCIEMENT

Il est de coutume de remercier les membres de sa famille, mais dans mon cas, cette reconnaissance est pleinement méritée. Ma famille, et en particulier ma chère maman, a apporté une contribution indirecte mais considérable, et je leur exprime ma profonde gratitude pour leur soutien moral et matériel tout au long de mon parcours académique.

Je dois naturellement exprimer ma reconnaissance à Özgür Adadağ, mon directeur de mémoire, pour son aide précieuse ainsi que pour son soutien et ses conseils avisés tout au long de ce processus. Il serait ingrat de ma part de ne pas mentionner la pertinence des remarques d'Ayşecan Terzioğlu, qui ont non seulement enrichi cette étude, mais aussi ouvert de nouvelles perspectives pour les recherches futures.

Enfin, je réserve mes remerciements les plus précieux pour la fin, lesquels sont adressés à Ayşecan Kartal. Sans son implication, j'aurais vraisemblablement revécu une situation de déjà-vu rencontrée il y a exactement deux décennies. Si je devais énumérer toutes les contributions qu'elle a apportées à la rédaction de ce mémoire, le volume de celui-ci, déjà considérable, doublerait. A cet égard, je remercie Hakan Yücel, dont la recommandation de m'orienter vers Ayşecan Kartal s'est révélée extrêmement bénéfique. Cette contribution, qui pourrait sembler un détail mineur, a en réalité eu un impact significatif.

TABLE DES MATIERES

Remerciement	ii
Table des matières	iii
Abréviations	vi
Liste des tableaux	vii
Liste des figures	viii
Résumé	ix
Abstract	xiii
Özet	xvi
1. INTRODUCTION	1
1.1. Contexte et objectifs	1
1.2. Problématique et annonce du plan	2
1.3. Défis et limitations	3
1.3.1. Complexités théoriques	3
1.3.2. Accès aux données fiables	5
1.3.3. Limitations contextuelles et spatiales	7
1.4. Méthodologie	7
1.4.1. Présentation des résultats de recherche	11
1.4.2. Justification de la méthodologie	12
2. TOURISME MEDICAL : CONCEPTS ET HISTOIRE	17
2.1. Cadre conceptuel et typologie	17
2.1.1. Effort de définition	17
2.1.2. Typologie et classification	29
2.1.2.1. Tourisme thermal, spa et le bien-être	31
2.1.2.2. Tourisme gériatrique	35
2.1.2.3. Tourisme médical	36
2.2. Évolution historique	36
2.2.1. Origines du tourisme médical	37
2.2.2. De l'époque médiéval à l'ère moderne	40
2.2.2.1. La période romaine et la prépondérance du thermalisme	41
2.2.2.2. Le « grand tour » et les sanatoriums	42
2.2.3. Tourisme médical « classique » de l'époque contemporaine	44
2.2.4. Le tourisme médical « néo-classique »	47
2.2.5. Synthèse historique	48
3. STRUCTURE ET DYNAMIQUE DU TOURISME MEDICAL	49
3.1. Composants de l'industrie du tourisme médical	50
3.1.1. Intermédiaires	51
3.1.2. Hôpitaux spécialisés	54
3.1.3. Services hôteliers	56
3.1.4. Transport et impact aérien	57
3.1.5. Communication et l'évolution par l'Internet	61
3.1.6. Assurances maladie	63

3.2. Déterminants de l'offre et de la demande	66
3.2.1. Variation tarifaire	69
3.2.2. Temps d'attente	73
3.2.3. Aspects socioculturels	76
3.2.3.1. Proximité linguistique	77
3.2.3.2. Aspect culturel	79
3.2.3.3. Impact de la diaspora :	82
3.2.4. Aspect sociopolitique et réglementaire	84
3.3. Qualité de l'offre médicale	88
3.4. Accréditation et partenariat	92
3.4.1. Joint Commission International (JCI)	96
3.4.2. Affiliation comme méthode de reconnaissance internationale	99
3.5. Divers particularités de l'industrie	104
3.5.1. Cités médicales et clusterisation	104
3.5.2. Visa médical	108
4. TOURISME MEDICAL MONDIAL ET LA PLACE DE LA TURQUIE	111
4.1. Géographie du tourisme médical	112
4.2. La Turquie comme acteur émergent	119
4.2.1. Données clés	120
4.2.2. Faiblesse et nécessité d'une politique efficace	127
4.2.3. Encadrement législatif	128
4.2.3.1. Ministère de la Culture et du Tourisme	129
4.2.3.2. L'OPE et le ministère de l'Economie	130
4.2.3.3. Ministère de la Santé	133
4.2.4. USHAŞ et « Health Türkiye »	136
4.3. L'interaction entre la diplomatie et le tourisme médical	139
5. SANTE EN TURQUIE : REFORMES ET ACCESSIBILITE	148
5.1. Système de santé turec	148
5.2. Contexte politico-économique du PTS	151
5.3. Programme de transformation de la santé (PTS)	155
5.4. Données de base comparatif	158
5.5. Développement du secteur privé	171
5.6. Les hôpitaux urbains comme modèle de PPP	176
6. IMPACTS DU TOURISME MEDICAL SUR L'ACCES AUX SOINS	182
6.1. Impacts positifs	182
6.1.1. Investissements et acquisition d'équipements	183
6.1.2. Valorisation du corps médical	185
6.1.3. Réduction des coûts par l'économie d'échelle	191
6.1.4. Externalités positives	194
6.1.4.1. Amélioration du capital humain	195
6.1.4.2. Effet multiplicateur sur les secteurs connexes	198
6.1.4.3. Enrichissement du savoir-faire	199
6.1.5. Amélioration de la qualité	201
6.2. Impacts négatifs	202

6.2.1. Épuisement des ressources	204
6.2.2. Désertification médicale et système de santé dual	207
6.2.3. Augmentation des coûts d'accès aux soins	214
6.2.3.1. Déséconomie d'échelle	215
6.2.3.2. Ajustement des prix	217
6.2.3.3. Coûts associés à la promotion du tourisme médical	218
6.2.3.4. Coûts dus à la réorganisation de l'offre	220
6.2.4. Coût d'opportunité	223
6.2.5. Infections nosocomiales	227
6.2.6. Vulnérabilité et précarité	232
6.2.7. Marchandisation des services médicaux	239
6.2.7.1. Affaiblissement de l'éthique de la santé	239
6.2.7.2. Baisse de qualité de l'éducation médicale	241
6.2.7.3. Taylorisme médical et dumping social	243
6.2.8. Dissimulation des lacunes	253
6.3. Conclusion	255
7. CONCLUSION GENERALE	258
7.1. Points saillants de l'étude	258
7.2. Points saillants des résultats	261
7.3. Perspectives de recherche	265
Bibliographie	270
Annexe 1 : Synthèse de l'indice de compétitivité de la Turquie (2021)	298
Annexe 2 : Mesures de soutien selon les décisions 2012/4 et 2015/8	299
Annexe 3 : Tourisme de santé dans les plans de développement	306
Annexe 4 : Tourisme de santé dans les plans stratégiques	308
Annexe 5 : Tableaux détaillés des indicateurs de santé	315
Curriculum Vitae	317

ABREVIATIONS

cf.	confer (référez-vous à)
éd.	édition
AC	Agrément Canada
ACHS	Conseil australien des normes de soins de santé
AKP	Parti de la justice et du développement
CCG	Conseil de Coopération du Golfe
CHP	Parti républicain du peuple
CPP	Courbe des possibilités de production
DHCC	Ville de la Santé de Dubaï
FIV	Fécondation in vitro
GPA	Gestation pour autrui
HAS	Haute Autorité de Santé de France
HDP	Parti démocratique des peuples
HIAE	Hôpital Israélite Albert Einstein
HIB	Hôpital International Bumrungrad
HSGM	Direction Générale de la Santé Publique
ISAPS	Société Internationale de Chirurgie Plastique Esthétique
ISQua	Société internationale pour la qualité des soins de santé
İYİ	Parti bon
JCAH	Joint Commission on Accreditation of Hospitals
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations
JCI	Joint Commission International
KGHM	Direction Générale des Hôpitaux Publics
MHP	Parti du mouvement nationaliste
NDM-1	New Delhi métallobêta-lactamase 1
NHS	Service National de Santé (Angleterre)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OHSAD	Association des hôpitaux et des établissements de santé privés
OIC	Organisation de coopération islamique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPE	Organisation de Planification de l'État
OPEP	Organisation des pays exportateurs de pétrole
PPP	Partenariat public-privé
PSE	Programme de Stabilité Économique
PTS	Programme de Transformation en Santé
SES	Syndicat des employés de la santé et des services sociaux
SGK	Institution de sécurité sociale
SHGM	Direction Générale des Services de Santé
TBMM	Grande Assemblée nationale de Turquie
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TTB	Union des médecins turcs
TUSKA	Institut d'accréditation et de qualité des soins de santé de Turquie
TÜİK	Institut de Statistique de Turquie
UAE	Émirats Arabes Unis
UE	Union européenne
USD	Dollar américain
USHAŞ	Société anonyme des Services de santé internationaux
9/11	11 septembre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Arguments catégorisés.....	12
Tableau 2.1 Définitions du tourisme médical.....	18
Tableau 2.2 Différents types de patients internationaux.....	28
Tableau 3.1 Acteurs principaux du tourisme médical.....	51
Tableau 3.2 Programmes de tourisme médical par les assureurs.....	64
Tableau 3.3 Facteurs incitatifs et attractifs du tourisme médical.....	67
Tableau 3.4 Comparaison des tarifs médicaux USA vs autres pays.....	70
Tableau 3.5 Économie générée par le tourisme médical.....	71
Tableau 3.6 Tarifs médicaux Royaume-Uni vs Turquie.....	72
Tableau 3.7 Patients ayant attendu plus de 4 mois pour une chirurgie élective.....	74
Tableau 3.8 Partenariats des hôpitaux américains.....	100
Tableau 3.9 Hôpitaux turcs affiliés aux établissements médicaux américains.....	103
Tableau 4.1 Tendances du tourisme médical par pays et traitement.....	114
Tableau 4.2 Pays sources du tourisme médical en Turquie.....	123
Tableau 4.3 Motivations du tourisme médical en Turquie par groupe de pays.....	125
Tableau 4.4 Traitements les plus sollicités pour le tourisme médical en Turquie...	126
Tableau 4.5 Objectifs 2018 du Programme de développement du tourisme de santé	132
Tableau 5.1 Indicateurs de santé Turquie vs OCDE.....	159
Tableau 5.2 Indicateurs de santé en Turquie (2002-2022).....	163
Tableau 5.3 Évolution du nombre des médecins par catégorie (2002-2022).....	168
Tableau 5.4 Comparaison des données hospitalières par secteur (2002-2022).....	173

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Typologie du tourisme médical.....	30
Figure 2.2 Frise chronologique du tourisme médical.....	37
Figure 3.1 Parcours du patient en tourisme médical.....	49
Figure 3.2 Rôle des acteurs du tourisme médical.....	50
Figure 3.3 Modes de pratique du tourisme médical.....	52
Figure 3.4 Équation du tourisme médical	58
Figure 3.5 Classement des 20 aéroports les plus connectés.....	59
Figure 3.6 Motivations des touristes médicaux	68
Figure 3.7 Facteurs influençant le choix des établissements médicaux	68
Figure 3.8 Temps d'attente pour certaines chirurgies.....	75
Figure 4.1 Carte mondiale des traitements phares du tourisme médical.....	112
Figure 4.2 Carte des flux du tourisme médical inter- et intra-continentale	115
Figure 4.3 Évolution du tourisme médical turc (nombre de patients & revenus).....	120
Figure 4.4 Points forts du tourisme médical en Turquie.....	123
Figure 5.1 Dépenses de santé en % du PIB (2022).....	160
Figure 5.2 Niveaux de prix des soins (2021).....	160
Figure 5.3 Volumes de soins par habitant (2021).....	161
Figure 5.4 Médecins en exercice pour 1.000 habitants (2011 et 2021).....	161
Figure 5.5 Estimation du nombre des consultations par médecin (2021).....	162
Figure 5.6 Satisfaction des soins de santé par pays (2012 et 2022).....	163
Figure 5.7 Raisons des besoins médicaux non satisfaits (2021).....	164
Figure 5.8 Satisfaction des services de santé (%) et dépenses de santé (2022).....	165
Figure 5.9 Besoins médicaux non satisfaits par niveau de revenu (2021).....	166
Figure 5.10 Densité de médecins, régions métropolitaines et éloignées (2021).....	166
Figure 5.11 Répartition des catégories de médecins (2021).....	168
Figure 5.12 Dépistage mammographique chez les femmes (2011, 2019 et 2021)....	170
Figure 5.13 Taux de dépistage du cancer colorectal (2011 et 2021).....	170
Figure 5.14 Performance de dépistage du cancer du sein (Turquie vs autres pays)...	171
Figure 6.1 Pourcentage des médecins formés à l'étranger (2019).....	189
Figure 6.2 Courbe du coût de production moyen à long terme	193
Figure 6.3 Relations entre santé et développement.....	197
Figure 6.4 Courbe des possibilités de production adapté au secteur médical.....	226

RESUME

Cette étude explore l'impact du tourisme médical sur l'accessibilité aux soins de santé en Turquie, comme destination d'accueil, en examinant comment les avancées en technologies médicales et les effets de la mondialisation sur les communications et les possibilités de transport ont facilité la mobilité des patients et des professionnels de santé au-delà des frontières nationales. Ayant introduit de nouvelles dynamiques dans le secteur des soins de santé, ces évolutions ont joué un rôle déterminant dans l'expansion du tourisme médical et la mondialisation des services de santé.

La croissance rapide du tourisme médical, ainsi que le soutien gouvernemental accordé à ces activités, ont engendré, notamment dans les pays en développement, des préoccupations croissantes concernant leurs effets potentiels sur les systèmes de santé locaux. Ces préoccupations se concentrent principalement sur le risque potentiel d'aggravation des inégalités dans la répartition des ressources médicales. Cet aspect du tourisme médical constitue le principal point d'intérêt de l'étude. L'objectif principal de cette étude est donc d'analyser en profondeur l'impact du phénomène du tourisme médical sur les services de santé du pays hôte, en se basant spécifiquement sur le cas de la Turquie.

Le choix du sujet de recherche est motivé par le déficit d'études approfondies sur ce thème. Malgré une attention considérable de la part des chercheurs et des parties prenantes envers le tourisme de santé, l'impact du tourisme médical sur les services de santé dans les pays d'accueil, notamment en Turquie, reste largement sous-exploré, ce qui a motivé un intérêt particulier pour cette étude.

Ainsi, l'étude a pour but de mettre en évidence les questions de santé publique essentielles ainsi que les lacunes significatives dans l'interaction avec le tourisme médical, tout en évaluant son influence sur la prestation des services de santé dans le pays hôte. Pour atteindre cet objectif, l'étude analyse en profondeur le potentiel, l'état actuel et l'importance du tourisme médical en Turquie. Elle examine également le tourisme médical et ses sous-secteurs, en évaluant les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces associés à ces secteurs dans le système de santé turc.

Le processus de collecte de données de cette recherche est constitué de deux étapes essentielles pour assurer une compréhension approfondie du sujet. La première étape implique une analyse exhaustive de la littérature scientifique, en consultant des bases de données et des plateformes spécialisées pour rassembler des données issues de recherches antérieures. Cette phase préliminaire repose sur une synthèse rigoureuse des sources clés, établissant ainsi les bases théoriques de l'étude.

La deuxième étape impliquait l'analyse des données collectées lors de la première phase à travers des entretiens semi-structurés. L'objectif était de réaliser des entretiens avec des acteurs majeurs du secteur du tourisme médical dans le cadre d'une étude de terrain. Cependant, des difficultés imprévues ont contraint à réviser la méthodologie initiale. Il a été donc décidé de se concentrer sur l'examen des déclarations publiques des principaux acteurs du secteur en lieu et place des entretiens directs.

Ainsi, une analyse de contenu des discours publics a été réalisée à partir des procès-verbaux des sessions parlementaires. Cette analyse, couvrant une période d'une vingtaine d'années, a permis de déterminer la prévalence et le contexte d'utilisation des termes spécifiques tels que « santé », « tourisme de santé », « tourisme médical » et « USHAŞ ». Les textes contenant ces termes ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence par rapport à la question de recherche et ont été intégrés au corpus de l'étude. Une attention particulière a été accordée aux sessions parlementaires autour du 14 mars, date marquant la Journée de la Médecine, ainsi qu'aux débats budgétaires du ministère de la Santé survenant pendant les sessions de fin d'année. Les discussions des réunions de la Commission du Plan et du Budget du 23 juillet 2018 ont également été étudiées spécifiquement, fournissant un contenu riche sur les impacts du tourisme médical.

Les données ont été analysées en utilisant la méthode d'analyse de contenu qualitative, ce qui a permis d'identifier les thèmes, motifs et significations présents dans les textes. Cette méthode a été choisie en adéquation avec les objectifs de recherche. L'analyse des textes a permis d'extraire des interprétations clés. Les aspects positifs et négatifs ont été examinés, et les analyses théoriques issues de la littérature, souvent basées sur des situations abstraites ou sur l'expérience d'autres pays, ont été adaptées et contextualisées selon la perspective turque. Cette démarche a conduit à une synthèse approfondie, en s'appuyant sur des arguments soutenus par les discours parlementaires, conformément aux critères méthodologiques définis.

L'étude s'articule en deux parties distinctes. La première partie propose une analyse approfondie du phénomène du tourisme médical et de son évolution, offrant un aperçu détaillé des connaissances sur le tourisme de santé. Étant donné que cette section est plutôt théorique et descriptive, elle ne se limite pas exclusivement au contexte turc, mais inclut tout de même des données relatives à la Turquie chaque fois que cela est pertinent. Dans cette première partie, sont examinés le cadre conceptuel du tourisme de santé, son évolution historique, sa typologie, ainsi que les dynamiques socio-économiques affectant son développement. L'étude explore également les facteurs fondamentaux influençant le tourisme médical dans les pays où ce phénomène est couramment observé.

L'étude met en lumière la nécessité de distinguer le tourisme médical dit de « troisième vague » des vagues précédentes en définissant clairement sa typologie. En effet, la consultation de services médicaux à l'étranger ne se limite plus uniquement aux interventions critiques. Les individus se tournent également vers le tourisme médical pour bénéficier de soins à moindre coût ou pour éviter des listes d'attente prolongées. De plus, certains patients cherchent des traitements qui sont inaccessibles dans leur pays en raison de diverses restrictions. Le tourisme médical de troisième vague, bien qu'étant une tendance mondiale, se concentre particulièrement dans les pays d'Asie, d'Amérique latine et d'Extrême-Orient. Le succès de ces destinations, malgré leurs différences socio-économiques, peut être attribué à diverses explications.

Bien qu'il n'existe pas de consensus statistique universel, la littérature s'accorde à reconnaître une augmentation continue du nombre de touristes médicaux à l'échelle mondiale, ainsi qu'une dynamisation croissante de ce phénomène. En ce qui concerne la Turquie, il a été constaté qu'en 2023, environ 1,4 million de touristes de santé ont choisi ce pays pour leurs soins médicaux. Pour répondre à cette tendance croissante du tourisme médical, une nouvelle industrie s'est développée, impliquant divers acteurs.

Parmi ceux-ci figurent les établissements de santé spécialisés dans le tourisme médical, les agences de voyages spécialisées, les portails dédiés au tourisme médical et les organisations d'accréditation. En outre, les établissements d'hébergement, les compagnies aériennes, et les compagnies d'assurance santé sont également concernés par cette expansion.

Après avoir exposé les éléments théoriques dans la première partie, la deuxième partie de cette recherche se concentre sur la place de la Turquie au sein des dynamiques globales du tourisme médical, avec une analyse détaillée du tourisme médical en Turquie. Cette partie examine l'importance de ce secteur pour le pays, les raisons qui expliquent la préférence accordée à la Turquie, ainsi que le cadre juridique applicable au tourisme médical.

L'étude examine également comment le tourisme médical interagit avec la politique étrangère. Cette interaction, qui revêt une importance cruciale pour les deux domaines, est analysée à travers des événements clés tels que la crise économique asiatique de 1997, les attentats du 11 septembre 2001 et le printemps arabe, en utilisant le concept de « soft power » pour étudier ces influences. Dans cette perspective, le cas de la Turquie est analysé en mettant en lumière des exemples ayant influencé sa performance en matière de tourisme médical. L'étude aborde également les thèmes de la « diplomatie sanitaire » et, de manière plus large, de la « diplomatie publique », pour mieux comprendre l'interaction entre le domaine de la santé et les relations diplomatiques.

Dans le cadre de l'objectif principal de cette étude, qui est d'évaluer l'impact du tourisme médical sur les services de santé en Turquie, cette section aborde également le Programme de Transformation en Santé (PTS), le système de santé turc, ainsi que le modèle de partenariat public-privé (PPP) pour le développement des hôpitaux urbains. Elle examine également les données essentielles concernant le système de santé et l'évolution du secteur privé en Turquie. L'analyse met en lumière la nouvelle position de la Turquie dans ce secteur, en soulignant le rôle crucial du secteur de la santé dans le développement du pays, tout en évaluant le cadre réglementaire existant et les enjeux spécifiques associés au tourisme médical.

L'étude a finalement révélé que le tourisme médical présente des avantages et des inconvénients variés, dont la prédominance dépend fortement du contexte spécifique de chaque pays. En effet, tous les pays et infrastructures ne sont pas nécessairement adaptés au développement du tourisme médical. Il est donc crucial de prendre en compte les nuances locales et les facteurs socio-économiques pour évaluer correctement son impact. Les débats parlementaires ont mis en évidence cette complexité, avec des positions divergentes en fonction des affiliations politiques et des intérêts individuels. Malgré la diversité des opinions, un consensus rare se dégage autour de certains aspects du tourisme médical en Turquie, ce qui souligne l'intérêt d'une étude approfondie des discours politiques pour clarifier les positions sur le sujet.

L'étude a ainsi distingué les effets positifs, tels que les investissements et l'amélioration de la qualité des soins, des impacts négatifs, notamment la désertification médicale, l'augmentation des coûts d'accès et les effets sur la planification médicale. L'analyse a montré que le tourisme médical peut apporter des avantages économiques significatifs aux pays, en fournissant des ressources supplémentaires pour investir dans les soins de santé. Cependant, si le tourisme

médical n'est pas administré et régulé de manière adéquate, ces avantages financiers peuvent compromettre l'accès aux services de santé et leur utilisation par les populations locales.

L'étude propose également qu'une approche multidisciplinaire est indispensable pour une compréhension complète du sujet. Bien que cette recherche constitue déjà une première étape vers une telle approche en intégrant des concepts économiques comme les rendements d'échelle, l'effet multiplicateur et le coût d'opportunité à travers la courbe des possibilités de production, elle met en évidence la nécessité d'une analyse plus approfondie. En conclusion, cette recherche offre une analyse critique du tourisme médical, en mettant en lumière ses contributions, défis et implications pour les systèmes de santé nationaux. Elle fournit une réponse partielle à la question de l'impact du tourisme médical sur l'accessibilité aux soins pour la population locale, tout en soulevant de nouvelles questions qui nécessitent des études complémentaires pour être pleinement explorées. Une fois ces analyses supplémentaires réalisées, il sera possible de reformuler une réponse plus précise et fondée à la question initiale.



ABSTRACT

This study explores the impact of medical tourism on healthcare accessibility in Turkey as a host destination, examining how advances in medical technology and the effects of globalization on communications and transport options have facilitated the mobility of patients and healthcare professionals across national borders. Having introduced new dynamics into the healthcare sector, these developments have played a decisive role in the expansion of medical tourism and the globalization of healthcare services.

The rapid growth of medical tourism, together with government support for these activities, has led to growing concerns, particularly in developing countries, about their potential impact on local health systems. These concerns focus mainly on the potential risk of exacerbating inequalities in the distribution of medical resources. This aspect of medical tourism is the main focus of the study. The main objective of this study is therefore to analyse in depth the impact of the phenomenon of medical tourism on the health services of the host country, based specifically on the case of Turkey.

The choice of research topic is motivated by the lack of in-depth studies on this subject. Despite considerable attention paid to health tourism by researchers and stakeholders, the impact of medical tourism on health services in host countries, particularly Turkey, remains largely underexplored, which has motivated particular interest in this study.

Thus, the study aims to highlight key public health issues as well as significant gaps in the interaction with medical tourism, while assessing its influence on the delivery of health services in the host country. To achieve this objective, the study analyses in depth the potential, current status and importance of medical tourism in Turkey. It also examines medical tourism and its sub-sectors, assessing the strengths, weaknesses, opportunities and threats associated with these sectors in the Turkish healthcare system.

The data collection process for this research consists of two essential stages to ensure a thorough understanding of the subject. The first stage involves an exhaustive analysis of the scientific literature, consulting specialised databases and platforms to gather data from previous research. This preliminary phase was based on a rigorous synthesis of key sources, establishing the theoretical basis for the study.

The second stage involved analysing the data collected in the first phase through semi-structured interviews. The aim was to conduct interviews with key players in the medical tourism sector as part of a field study. However, unforeseen difficulties meant that the initial methodology had to be revised. It was therefore decided to concentrate on examining the public statements of the main players in the sector instead of conducting direct interviews.

A content analysis of public speeches was therefore carried out based on the minutes of parliamentary sessions. This analysis, covering a period of some twenty years, determined the prevalence and context of use of specific terms such as "health", "health tourism", "medical tourism" and "UŞAŞ". Texts containing these terms were

selected based on their relevance to the research question and were included in the study corpus. Particular attention was paid to parliamentary sessions around 14 March, the date marking Medicine Day, and to Ministry of Health budget debates occurring during end-of-year sessions. Discussions from Planning and Budget Committee meetings prior to 23 July 2018 were also included, providing rich content on the impacts of medical tourism.

The data was analysed using the qualitative content analysis method, which enabled the themes, motives and meanings present in the texts to be identified. This method was chosen in line with the research objectives. Key interpretations were extracted from the texts. Positive and negative aspects were examined, and theoretical analyses from the literature, often based on abstract situations or the experience of other countries, were adapted and contextualised from a Turkish perspective. This approach has led to an in-depth synthesis, based on arguments supported by parliamentary speeches, in accordance with the defined methodological criteria.

The study is divided into two distinct parts. The first part offers an in-depth analysis of the phenomenon of medical tourism and its evolution, providing a detailed overview of what is known about health tourism. As this section is rather theoretical and descriptive, it is not limited exclusively to the Turkish context, but includes Turkish data wherever relevant. This first part examines the conceptual framework of health tourism, its historical evolution, its typology, and the socio-economic dynamics affecting its development. The study also explores the fundamental factors influencing medical tourism in the countries where this phenomenon is commonly observed.

The study highlights the need to distinguish so-called 'third wave' medical tourism from previous waves by clearly defining its typology. Indeed, consulting medical services abroad is no longer limited solely to critical interventions. Individuals are also turning to medical tourism to benefit from lower-cost care or to avoid long waiting lists. In addition, some patients seek treatments that are inaccessible in their home country due to various restrictions. Although third-wave medical tourism is a worldwide trend, it is particularly concentrated in countries in Asia, Latin America and the Far East. The success of these destinations, despite their socio-economic differences, can be attributed to various explanations.

Although there is no universal statistical consensus, there is a consensus in the literature that there has been a steady increase in the number of medical tourists worldwide, and that this phenomenon is becoming increasingly dynamic. In the case of Turkey, it was observed that in 2023, approximately 1.4 million medical tourists chose the country for their medical care. In response to this growing trend in medical tourism, a new industry has developed, involving various players. These include healthcare establishments specialising in medical tourism, specialist travel agencies, portals dedicated to medical tourism and accreditation organisations. Accommodation establishments, airlines and health insurance companies are also involved in this expansion.

Having set out the theoretical elements in the first part, the second part of this research focuses on Turkey's place within the global dynamics of medical tourism, with a detailed analysis of medical tourism in Turkey. This part examines the importance of this sector for the country, the reasons behind the preference for Turkey, as well as the legal framework applicable to medical tourism.

The study also examines how medical tourism interacts with foreign policy. This interaction, which is of crucial importance to both fields, is analysed through key events such as the Asian economic crisis of 1997, the attacks of 11 September 2001 and the Arab Spring, using the concept of 'soft power' to study these influences. From this perspective, the case of Turkey is analysed, highlighting examples that have influenced its performance in medical tourism. The study also addresses the themes of 'health diplomacy' and, more broadly, 'public diplomacy', to better understand the interaction between the health sector and diplomatic relations.

As part of the main objective of this study, which is to assess the impact of medical tourism on health services in Turkey, this section also discusses the Health Transformation Program (HTP), the Turkish health system, and the public-private partnership (PPP) model for the development of urban hospitals. It also examines the key data concerning the healthcare system and the evolution of the private sector in Turkey. The analysis sheds light on Turkey's new position in this sector, highlighting the crucial role of the healthcare sector in the country's development, while assessing the existing regulatory framework and the specific issues associated with medical tourism.

The study ultimately revealed that medical tourism has a variety of advantages and disadvantages, the predominance of which depends very much on the specific context of each country. Indeed, not all countries and infrastructures are necessarily suited to the development of medical tourism. It is therefore crucial to take into account local nuances and socio-economic factors to properly assess its impact. Parliamentary debates have highlighted this complexity, with divergent positions depending on political affiliations and individual interests. Despite the diversity of opinions, a rare consensus is emerging around certain aspects of medical tourism in Turkey, underlining the value of an in-depth study of political discourse to clarify positions on the subject.

The study distinguished between positive effects, such as investment and improvements in the quality of care, and negative impacts, including medical desertification, increased access costs and effects on medical planning. The analysis showed that medical tourism can bring significant economic benefits to countries, by providing additional resources to invest in healthcare. However, if medical tourism is not properly administered and regulated, these financial benefits can compromise access to and use of healthcare services by local populations.

The study also suggests that a multidisciplinary approach is essential for a full understanding of the subject. Although this research is already a first step towards such an approach by integrating economic concepts such as returns to scale, the multiplier effect and opportunity cost through the production possibilities curve, it highlights the need for a more in-depth analysis. In conclusion, this research offers a critical analysis of medical tourism, highlighting its contributions, challenges and implications for national healthcare systems. It provides a partial answer to the question of the impact of medical tourism on the accessibility of healthcare for the local population, while raising new questions that require further study to be fully explored. Once these additional analyses have been carried out, it will be possible to reformulate a more precise and well-founded answer to the initial question.

ÖZET

Bu çalışma, medikal turizmin ev sahibi ülkedeki sağlık hizmetlerine erişim üzerindeki etkilerini incelemektedir. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmeler ve küreselleşmenin iletişim ve ulaşım üzerindeki etkileri, hastaların ve sağlık çalışanlarının ulusal sınırlar arasında hareketliliğini kolaylaştırmış ve sağlık sektöründe yeni dinamiklerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Sağlık sektörüne yeni dinamikler kazandıran bu gelişmeler, medikal turizmin yaygınlaşmasında ve sağlık hizmetlerinin küreselleşmesinde kilit rol oynamıştır.

Medikal turizmin özellikle gelişmekte olan ülkelerde hızlı büyümesi ve bu faaliyetlere yönelik kamu desteklerinin önem kazanması, medikal turizmin yerel sağlık sistemleri üzerindeki potansiyel etkileri konusunda artan endişelere neden olmaktadır. Bu endişeler, tıbbi kaynakların dağılımındaki eşitsizliklerin artma potansiyeline odaklanmaktadır. Medikal turizmin bu yönü, çalışmanın ana odak noktasını oluşturmaktadır. Bu çerçevede, çalışmanın temel amacı, Türkiye örneğinden hareketle, medikal turizmin ev sahibi ülkenin sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde incelemektir.

Araştırma konusunun belirlenmesindeki belirleyici faktör, bu temada kapsamlı çalışmaların eksikliği olmuştur. Sağlık turizmine yönelik önemli bir ilgi olmasına rağmen, medikal turizmin özellikle Türkiye'deki sağlık hizmetleri üzerindeki etkilerinin yeterince araştırılmamış olması, bu çalışmaya özel bir ilgi duyulmasına yol açmıştır.

Bu nedenle mevcut çalışma, medikal turizmin ev sahibi ülkedeki sağlık hizmetlerinin sunumu üzerindeki etkisini değerlendirirken, önemli halk sağlığı sorunlarının yanı sıra sağlık turizmi ile etkileşim sonucunda meydana gelen hizmet kayıplarını vurgulamayı amaçlamaktadır. Bu amaca ulaşmak için çalışmada, Türkiye'de medikal turizmin potansiyeli, mevcut durumu ve ülke için önemi derinlemesine analiz edilmektedir. Öte yandan medikal turizm ve medikal turizmle bağlantılı alt sektörler de incelenerek, bu sektörlerin Türk sağlık sistemindeki güçlü ve zayıf yönleri, fırsat ve tehditleri de değerlendirilmektedir.

Araştırmanın gerçekleştirilmesine yönelik icra edilen veri toplama süreci, konunun kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlayabilmeyi teminen iki temel aşamadan meydana gelmiştir. İlk aşama, bilimsel literatürün kapsamlı bir analizini, önceki araştırma, yayın ve diğer basılı kaynaklardan veri toplamak için özel veri tabanlarına ve platformlara başvurmayı içermektedir. Bu ilk aşama bağlamında, temel kaynaklar titiz bir senteze tabi tutularak değerlendirilmiş ve bu elde edilen sonuçlar çalışmanın teorik temeline dayanak teşkil etmiştir.

İkinci aşama, ilk aşamada toplanan verilerin yarı yapılandırılmış görüşmeler yoluyla analiz edilmesini içermekteydi. Bu doğrultuda amaç, bir saha çalışması bağlamında medikal turizm sektöründe faaliyet gösteren temel aktör ve temsilcilerle görüşmeler yapmaktır. Ancak, öngörülemeyen zorluklar başlangıçtaki metodolojinin gözden geçirilmesini gerekli kılmıştır. Bu nedenle, mülakatlar aracılığıyla sektör temsilcileriyle doğrudan görüşmeler yapmak şeklinde belirlenen ilk seçenek yerine, medikal turizmine yönelik beyanda bulunmuş olan ilgili kişilerin kamuoyuna açık bir

şekilde yaptıkları açıklamaların incelemeye tabi tutulması şeklinde bir yöntemle girişimin uygun olacağına karar verilmiştir.

Bu bağlamda, Türkiye Büyük Millet Meclisi tutanakları esas alınarak medikal turizm konusuyla ilintili olacak şekilde verilen beyanların içerik analizi yapılmıştır. Yaklaşık yirmi yıllık bir dönemi kapsayan bu analiz, "sağlık", "sağlık turizmi", "medikal turizm" ve "USHAS" gibi anahtar terimlerin kullanım yaygınlığının ve bağlamlarının belirlenmesini sağlamıştır. Söz konusu terimleri içeren metinler, araştırma sorusuyla olan alakalarına göre seçilmiş ve çalışma külliyatına dahil edilmiştir. Tıp Bayramı'nın kutlandığı 14 Mart tarihindeki meclis oturumlarına ve yıl sonu oturumları sırasında gerçekleşen Sağlık Bakanlığı bütçe görüşmelerine özellikle dikkat edilmiş, bu oturumlara ait tutanaklar tüm muhteviyatıyla değerlendirilmiştir. Ayrıca USHAS'ın kuruluşu ile Üniversitelerde Tıp fakültelerinde görevli hekimlerin şehir hastanelerinde çalışmasının sağlanması gibi hususları içeren yasanın görüşüldüğü Plan Bütçe Komisyonunun 23 Temmuz 2018 tarihli toplantıları tutanağı da çalışma külliyatına dahil edilerek sağlık turizminin etkileri konusunda zengin bir içerik sağlanmıştır.

Elde edilen tüm bu veriler, metinlerde yer alan temaların, motiflerin ve anlamların tespit edilmesini sağlayan nitel içerik analizi yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. Nitel içerik analizi yöntemi, araştırma hedefleri doğrultusunda seçilmiştir. Yapılan bu çalışma sayesinde metinlerin muhteviyatında yer alan yorumlar belli bir metodoloji çerçevesinde tasnif edilmiştir. Söz konusu yorumlar sağlık turizmine ilişkin olarak olumlu ve olumsuz yorumlar olarak kategorize edilmiş, literatürde yer alan ve genellikle teorik değerlendirmeler şeklinde arz eden durumlara ya da diğer ülkelerin deneyimlerine dayanan analizler Türkiye perspektifine göre uyarlanmış ve çalışmanın bağlamına uygun hale getirilmiştir. Yapılan bu çalışmaya paralel olarak, belirlenmiş olan metodolojik kriterlere uygun olacak şekilde, meclis konuşmalarında tespit edilen argümanlar harmanlanarak teorik ve pratik olguların sentezlendiği bir çalışmanın ortaya çıkması sağlanmıştır.

Mevcut çalışma iki ayrı kısımdan oluşmaktadır. İlk bölüm, medikal turizm olgusunun ve gelişiminin derinlemesine bir analizini sunmakta suretiyle medikal turizm hakkında literatürde yer alan hususlar ayrıntılı bir genel bakış sağlamaktadır. Bu ilk bölüm daha ziyade teorik ve betimleyici hususlar içermesi nedeniyle, ikinci kısımda kabul edilen yaklaşımın aksine münhasıran Türkiye'ye yönelik değerlendirmeler yapılmamıştır. Bununla birlikte, konunun ve kapsamın el verdiği ölçüde, Türkiye medikal turizmine ilişkin hususlara değinilmeye çalışılmıştır. Bu kısımda ele alınan hususlar, sağlık turizminin bir alt bileşeni olan medikal turizminin kavramsal çerçevesi, medikal turizm olgusunun tarihsel gelişimi, medikal turizminin genel turizm bağlamındaki tipolojisi ve medikal turizmin gelişimini etkileyen sosyo-ekonomik dinamiklerin incelenmesi şeklinde özetlenebilmektedir. Bu kısımda ayrıca, sağlık turizmi olgusunun yaygın biçimde icra edildiği ülkelerde tespit edilen temel dinamikler de irdelenmektedir.

Mevcut çalışmada ayrıca medikal turizm tipolojisi bağlamında "üçüncü dalga" olarak yer verilen sağlık turizmi olgusunun net bir şekilde tanımlanmasına önem verilmiş, üçüncü dalga medikal turizminin önceki dalgalardan ayrılan yönlerinin tespit edilmesinin öneminin altı çizilmiştir. Bu bağlamda, yurtdışında tıbbi hizmetlere başvurma keyfiyeti günümüzde artık kritik tedavileri aşan bir boyut arz etmektedir. Nitekim, bireyler daha düşük maliyetli bakım hizmetlerinden faydalanmak ya da uzun

bekleme listelerinden kaçınmak gibi farklı gerekçelerle medikal turizm sağlayan ülkelerde tedavi olmaya yönelebilmektedir. Buna ek olarak, bazı hastalar yasal ya da kültürel engeller başta olmak üzere çeşitli kısıtlamalar nedeniyle kendi ülkelerinde erişilemeyen tedavileri aramaktadır. Üçüncü dalga medikal turizm olgusu dünya çapında bir trend olmakla birlikte, özellikle Asya, Latin Amerika ve Uzak Doğu ülkelerinde yoğunlaşmıştır.

Her ne kadar literatürde üzerinde mutabık kalınan istatistiksel verilerin mevcut olmadığı tespit edilmiş olsa da, küresel anlamda medikal turist sayısında istikrarlı bir artış olduğu ve bu olgunun giderek daha dinamik hale geldiği konusunda genel bir fikir birliği mevcuttur. Türkiye açısından değerlendirildiğinde ise, 2023 yılında yaklaşık 1,4 milyon medikal turistin çeşitli tıbbi bakım hizmetlerinden yararlanabilmeyi teminen Türkiye'yi tercih ettiği tespit edilmiştir. Medikal turizmdeki bu artan eğilim neticesinde, çeşitli alt sektörlerin yer aldığı yeni bir endüstrinin geliştiği tespit edilmiştir. Söz konusu aktörler arasında medikal turizm konusunda uzmanlaşmış sağlık kuruluşları, uzman seyahat acenteleri, medikal turizme yönelik faaliyet gösteren sanal portallar ve akreditasyon kuruluşları yer almaktadır. Konaklama işletmeleri, havayolları firmaları ve sağlık sigortası şirketleri de medikal turizm olgusunun gelişmesinden önemli ölçüde etkilenmektedir.

Çalışmanın ilk bölümünde medikal turizm olgusunun teorik unsurları ortaya konulduktan sonra, araştırmanın ikinci bölümünde Türkiye'de icra edilen medikal turizm faaliyetleri detaylı bir şekilde analiz edilmiştir. Küresel sağlık turizmi içinde Türkiye'nin konumu tespit edilerek medikal turizmin küresel dinamikleri bağlamında Türkiye'nin konumuna odaklanılmıştır. Bu kısımda ayrıca, medikal turizmin ülke için önemi, Türkiye'nin medikal turizm destinasyonu olarak tercih edilme nedenleri, Türkiye'yi tercih eden medikal turistlerin profilleri ve medikal turizme ilişkin olarak ilgili kurumlar öncülüğünde hazırlanan yasal çerçeve incelenmiştir.

Çalışma kapsamında ayrıca medikal turizmin dış politika ile olan nasıl bir etkileşim içinde olduğu da incelenmektedir. Hem medikal turizm sektörü hem de dış politika açısından hayati önem arz eden bu etkileşim, 1997 Asya ekonomik krizi, 11 Eylül 2001 saldırıları ve Arap Baharı gibi kilit tarih ya da olaylar bağlamında ele alınmıştır. Medikal Turizmin dış politika ile olan bu etkileşimin incelenebilmesini teminen “yumuşak güç” kavramı da analize dahil edilmiştir. Yapılan genel ve küresel analize ek olarak, dış politika bağlamında Türkiye'nin sağlık turizmindeki performansını etkileyen örnek vakalara değinilmiş ve Türkiye örneği vurgulanmak suretiyle sağlık turizminin dış politika açısından teşkil ettiği önem değerlendirilmiştir. Bu bağlamda aynı zamanda sağlık sektörü ile diplomatik ilişkiler arasındaki etkileşimi daha iyi anlamak için “sağlık diplomasisi” ve daha geniş anlamda “kamu diplomasisi” temaları da ele alınmıştır.

Medikal turizmin Türkiye'deki sağlık hizmetleri üzerindeki etkisini değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmanın ana hedefinin bir parçası olarak, bu bölümde Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türk sağlık sistemi ve şehir hastanelerinin geliştirilmesine yönelik Kamu-Özel İşbirliği (KÖİ) modeli de ele alınmıştır. Ayrıca Türkiye'deki sağlık sistemi ve özel sektörün gelişimine ilişkin temel veriler de bu kısımda incelenmiştir. Analiz, Türkiye'nin bu sektördeki yeni konumuna ışık tutmak suretiyle, sağlık sektörünün ülkenin kalkınmasındaki önemli rolünü vurgulamakta, medikal turizme yönelik mevzuatı ve medikal turizmle endüstrisinin özel durumları değerlendirmektedir.

Çalışma sonuç olarak medikal turizmin, önemi her ülkenin kendi özel bağlamına göre değişiklik gösteren çeşitli avantaj ve dezavantajlara sahip olduğunu ortaya koymuştur. Başka bir deyişle, yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar neticesinde her ülkenin ya da her sağlık altyapısının medikal turizmin geliştirilmesine uygun olmayabileceği tespit edilmiştir. Bu nedenle, medikal turizmin ülkenin sağlık hizmet arzına etkisini doğru bir şekilde değerlendirmek için ülkelerin kendi iç dinamiklerinin ve sosyo-ekonomik faktörlerinin dikkate alınmasının mutlak bir gereklilik olduğu ortaya çıkmaktadır. Mecliste yaşanan tartışmalar, siyasi eğilimler ve kişisel değerlendirmelere bağlı olarak ortaya çıkan farklılaşan pozisyonlar da hakeza bu durumu teyit etmiş ve medikal turizmin çok yönlü yapısının altını çizmiştir. Görüşlerin çeşitliliğine rağmen, Türkiye'de medikal turizmin belirli boyutlarına yönelik fikir birliği olduğu gözlemlendiğinden yola çıkarak, medikal turizm temasına ilişkin siyasi eğilimlerin netleştirilmesi için siyasi söylemlere yönelik derinlemesine bir çalışmanın gerekliliği ortaya konmuştur.

Çalışma, medikal turizmin yatırım ve sağlık hizmetleri kalitesindeki iyileşmelere yönelik müspet katkıları ile sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan bölgesel eşitsizlikler, artan erişim maliyetleri ve tıbbi planlama üzerindeki yansımaları gibi menfi etkileri tespit etmiştir. Çalışma kapsamında medikal turizmin sağlık hizmetlerine yatırım yapmak için ek kaynak sağlayarak ülkelere önemli ekonomik faydalar getirebileceğini ancak medikal turizmin rasyonel bir biçimde yönetilmemesi durumunda, medikal turizmin gelişimi yerel nüfusun sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetleri kullanmasını tehlikeye atabileceğini ortaya koymuştur.

Çalışma ayrıca konunun tam olarak anlaşılabilmesi için multidisipliner bir yaklaşımın gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Mevcut araştırma, üretim olanakları eğrisi aracılığıyla ölçeğe göre getiri, çarpan etkisi ve fırsat maliyeti gibi ekonomik kavramları entegre ederek böyle bir yaklaşıma doğru ilk adımı atmış olsa da, daha derinlemesine bir analize duyulan ihtiyaç vurgulanmaktadır. Sonuç olarak, bu araştırma bağlamında medikal turizm kapsamlı bir şekilde irdelenmek suretiyle, bu olgunun ulusal sağlık sistemlerine katkıları, zorlukları ve etkileri vurgulanmaktadır. Yapılan bu çalışma ayrıca medikal turizmin yerel nüfus için sağlık hizmetlerine erişilebilirlik üzerindeki etkisi sorusuna kısmi bir yanıt sunarken, kapsamlı bir yanıtın verilebilmesini teminen daha fazla çalışma gerektiren yeni soruları gündeme getirmektedir. Bu ek analizler yapıldıktan sonra, araştırma sorusuna daha kesin ve sağlam temellere dayanan bir yanıtın yeniden formüle edilmesinin mümkün olacağı değerlendirilmiştir.

1. INTRODUCTION

Cette première partie vise à établir les bases fondamentales de l'étude en offrant une vue d'ensemble du sujet de recherche. Elle introduit les principaux enjeux et objectifs de l'étude, tout en clarifiant la problématique centrale. En outre, cette section aborde les défis rencontrés durant la recherche et les limitations spécifiques qui peuvent influencer la compréhension et l'analyse des résultats. Enfin, elle présente la méthodologie employée, en justifiant les choix méthodologiques et en décrivant la manière dont les données ont été collectées et analysées.

1.1. Contexte et objectifs

Le mouvement transfrontalier des patients et des professionnels de la santé, résultant directement de l'accélération de la mondialisation, des avancées en technologie médicale et de l'instauration de régimes réglementaires transfrontaliers, a donné lieu à de nouvelles tendances dans la consommation et la production des services de santé. Ces tendances ont eu un impact considérable sur la croissance de l'internationalisation du secteur médical, en popularisant le phénomène connu sous le nom de « tourisme médical ».¹

L'essor du tourisme médical, particulièrement dans les pays en développement, et l'approbation de cette tendance par les gouvernements ont suscité des inquiétudes concernant son impact potentiel sur les systèmes de santé, notamment l'exacerbation de la répartition inéquitable des ressources entre les secteurs public et privé.²

En raison de l'importance croissante du tourisme médical et pour mettre en œuvre des propositions et des feuilles de route pour son développement, des conférences académiques et scientifiques sont régulièrement organisées. Les recherches menées par les institutions publiques sont abondantes, sans compter les

¹ Neil LUNT et al., **Medical tourism: Treatments, markets and health system implications: A scoping review**, Paris : OECD, 2011, p. 3.

² Nicola S. POCOCK et Kai Hong PHUA, Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia, **Globalization and Health**, 7, 2011, pp. 6-12.

nombreuses initiatives privées. En revanche, l'intérêt accordé aux potentiels et réels inconvénients de cette évolution demeure considérablement limité.

En effet, bien que le tourisme médical fasse l'objet de nombreuses discussions, les informations concrètes issues de la recherche sur son rôle dans les systèmes de santé et son impact sur l'accessibilité aux soins pour la population locale des pays fournisseurs de soins restent rares. Même s'il existe un nombre croissant d'études sur le thème du « tourisme médical », les documents publiés abordent rarement cette dimension, notamment en Turquie. Il est pourtant essentiel de reconnaître que le tourisme médical présente des risques et des avantages potentiels pour les pays cibles.

Ainsi, cette étude vise à explorer les principales préoccupations entourant l'expansion du tourisme médical et son impact potentiel sur l'accessibilité aux soins de santé pour la population locale dans les pays offrant des services médicaux, en prenant l'exemple de la Turquie.

1.2. Problématique et annonce du plan

La question directrice de cette recherche a été la suivante : Dans quelle mesure le tourisme médical impacte-t-il le système de santé, et par conséquent l'accessibilité aux soins dans les pays d'accueil ? L'interrogation fondamentale qui a propulsé cette étude était de comprendre comment l'expansion du tourisme médical influence la répartition des ressources et l'accès aux soins de santé pour les populations locales. Ce questionnement a conduit à une analyse approfondie des effets potentiels du tourisme médical sur la qualité des soins, la disponibilité des services et les disparités entre les secteurs public et privé dans les pays récepteurs.

Cette recherche est subdivisée en six chapitres pour offrir une compréhension globale du phénomène du tourisme médical. Le présent chapitre sert d'introduction, présentant principalement le contexte méthodologique de l'étude. Le deuxième chapitre se structure autour de l'étude approfondie du tourisme médical, couvrant divers aspects essentiels pour une compréhension complète du phénomène. Le panorama du tourisme médical, détaillé au deuxième chapitre, explore les concepts fondamentaux, les typologies et l'évolution historique, offrant une base théorique solide pour les analyses ultérieures.

En effet, afin d'effectuer cette recherche, il a été nécessaire d'étudier les fondements de ce phénomène, son mode d'organisation, son histoire, ainsi que ses acteurs clés.

Le troisième chapitre examine la structure et la dynamique de l'industrie du tourisme médical, y compris ses composants clés et les déterminants de l'offre et de la demande. En outre, il a été crucial de considérer les différentes dimensions de ce secteur, y compris les motivations des patients, les stratégies des prestataires de services et les politiques publiques mises en place pour réguler ce domaine en pleine expansion. L'état des lieux mondial, avec une attention particulière à la Turquie, est abordé au quatrième chapitre, mettant en lumière les données actuelles, les faiblesses et les politiques en place. Enfin, le cinquième chapitre analyse le contexte global de la santé en Turquie, tandis que le sixième chapitre se concentre sur les impacts du tourisme médical sur l'accessibilité aux soins, en détaillant à la fois les effets positifs et négatifs, et conclut par une réflexion sur les enjeux en cours.

1.3. Défis et limitations

La rédaction de cette recherche a rencontré diverses complications, dont certaines méritent d'être soulignées en raison de leur pertinence pour la compréhension de l'étude. Ces difficultés concernent principalement les délimitations conceptuelles et thématiques, la spécificité contextuelle du phénomène du tourisme médical, qui, bien que global, varie selon les contextes nationaux, ainsi que les difficultés d'accès aux données. Ces aspects sont détaillés en trois parties distinctes.

1.3.1. Complexités théoriques

Les données sur le tourisme médical varient considérablement en raison de plusieurs facteurs tels que l'absence de formats statistiques standardisés pour identifier les visiteurs du tourisme médical, et les définitions divergentes du tourisme médical d'un pays à l'autre. Par exemple, lorsqu'un patient se rend à l'étranger pour une greffe de cheveux et est accompagné de son conjoint et de son enfant pendant

cinq jours après l'intervention, certains pays comptabilisent toutes les dépenses familiales dans les revenus du tourisme médical, tandis que d'autres ne prennent en compte que les coûts directement liés à l'intervention médicale.³

Par ailleurs, les études varient largement en raison de divergences dans la définition du tourisme médical, incluant parfois des soins esthétiques et de bien-être, tandis que d'autres se limitent uniquement aux soins médicaux essentiels. De plus, les méthodes de comptabilisation, comme le comptage des actes médicaux plutôt que des patients individuels, peuvent mener à des surestimations. Ainsi, un patient ayant subi une IRM, des analyses sanguines et une intervention chirurgicale peut être comptabilisé plusieurs fois. De plus, certaines sources incluent les expatriés ou les étrangers ayant reçu des soins d'urgence pendant leurs voyages dans les statistiques du tourisme médical.⁴ En revanche, des organismes tels que McKinsey adoptent une définition plus restrictive, excluant les procédures esthétiques et les traitements ambulatoires. Cette variabilité dans les définitions et les approches complique l'évaluation précise de l'impact du tourisme médical.⁵ Cette complexité, en partie liée à la disparité des définitions du tourisme médical, est abordée en détail à la section 2.1.1.

Il est néanmoins essentiel de préciser à ce stade que l'ambiguïté scientifique générée par le flou conceptuel dans ce domaine a constitué une difficulté majeure lors de la rédaction de ce mémoire. Bien que l'accent soit principalement mis sur le tourisme médical et ses conséquences, en écartant les autres catégories de tourisme de santé, il a parfois été nécessaire de se référer à ces autres catégories, telles que le tourisme de santé. En conséquence, bien que le concept prédominant soit le « tourisme médical », cette étude utilise également d'autres concepts, notamment le tourisme de santé. Par exemple, dans les premiers chapitres abordant le contexte général du tourisme médical, des terminologies plus larges, telles que le tourisme de santé, ont été employées pour fournir une vue d'ensemble complète.

³ Hacı Ömer TONTUŞ, **Tüm yönleriyle Sağlık Turizmi**, Ankara : Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK), 2015, p. 27.

⁴ Jean-François NYS, Le tourisme médical. Une conséquence de la mondialisation de la santé, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 39-40.

⁵ François BURHIN, Les pays européens face à la mondialisation du marché de la santé, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 53-54.

Un autre défi réside dans la nécessité d'adopter une approche multidisciplinaire, qui peut parfois s'avérer assez complexe. Bien que les aspects touristiques et médicaux soient évidents, il est important de prendre en compte d'autres disciplines telles que l'économie, le droit, l'éthique et les sciences politiques lors de l'examen du tourisme médical. De plus, bien que cela puisse sembler moins évident, il est pertinent d'examiner l'interaction entre le tourisme médical et la diplomatie, ce qui requiert une clarification pour mieux appréhender les enjeux concernés. En conséquence, pour saisir pleinement le phénomène du tourisme médical, il est impératif de recourir à une convergence de diverses disciplines afin d'obtenir une compréhension exhaustive. Une analyse complète des subtilités du tourisme médical exige l'intégration de plusieurs domaines scientifiques et connexes.

1.3.2. Accès aux données fiables

Néanmoins, un défi d'une importance au moins équivalente, voire plus grave que les questions conceptuelles et méthodologiques, réside dans la contamination substantielle de l'information, souvent délibérément malveillante, concernant les données sur le tourisme médical. En effet, au-delà des diverses perspectives scientifiques découlant des incertitudes conceptuelles, des divergences méthodologiques et des variations dans les approches, il a été constaté que les informations relatives au tourisme médical sont fréquemment altérées par des pratiques intentionnelles de désinformation.

En outre, la prolifération de guides et de sites commerciaux présentant des études biaisées est exacerbée par les politiques publiques et les intérêts économiques. En effet, les études dont la validité scientifique est discutable, souvent rédigées pour servir des objectifs commerciaux, compliquent considérablement la recherche dans ce domaine. La concurrence entre pays pour attirer les patients étrangers engendre une surabondance d'informations, fréquemment biaisées ou irréalistes, rendant les comparaisons ardues. De plus, les groupes de pression jouent un rôle déterminant en minimisant les impacts négatifs du tourisme médical et en étouffant les critiques. Bien que la difficulté d'accès à des informations fiables soit un problème universel, dans un domaine où les enjeux économiques sont considérables, ces complications prennent une dimension accrue.

Une telle situation s'était produite lorsqu'une étude publiée dans la revue médicale *The Lancet* avait alerté sur un danger épidémique potentiel associé au tourisme médical en Inde (cf. section 6.2.5.). Suite à une large médiatisation de cet article dans les médias occidentaux, l'un des chercheurs de l'équipe scientifique impliquée avait déclaré qu'il n'avait finalement pas signé la version finale du document, ce qui avait suscité une vive controverse. D'un côté, les autorités indiennes contestaient l'objectivité de l'article, accusant ses auteurs d'être motivés économiquement et qualifiant la recherche de pseudoscientifique. De l'autre, des interrogations étaient apparues quant à la possibilité que les autorités indiennes exercent des pressions sur les scientifiques pour dissimuler des risques épidémiques susceptibles de compromettre le développement florissant du tourisme médical en Inde.⁶

C'est sans doute pour cette raison que les autorités turques se montrent prudentes en ce qui concerne le partage d'informations. En effet, malgré nos démarches pour obtenir des informations sur le tourisme médical, et même lorsqu'il s'agissait de questions essentielles ou de demandes relativement basiques, nos interlocuteurs ont été peu coopératifs. Cette difficulté se manifeste également dans les thèses et les recherches sur ce sujet. En effet, les données détaillées sur le tourisme médical fournies par les autorités officielles, telles que le ministère de la Santé, ne remontent qu'à 2015. Par conséquent, la plupart des informations disponibles, notamment celles concernant les touristes médicaux par pays d'origine, sont presque obsolètes, datant de près de dix ans. Cette situation complique évidemment l'évaluation précise du phénomène. La difficulté d'accéder à des informations dans le domaine du tourisme médical ne se limite pas à la sphère de la recherche. Cette problématique a également été soulignée à l'Assemblée nationale par Murat Emir, le député du Parti républicain du peuple (CHP), comme l'indiquent ses propos : « *Vous avez créé USHAŞ⁷, mais ce que c'est, ce qu'elle deviendra et comment elle sera n'est*

⁶ JDD, **Le tourisme médical mis en cause**, Le Journal du Dimanche, publié le 18 août 2010 et consulté le 1 mai 2024 sur www.lejdd.fr/Societe/Le-tourisme-medical-mis-en-cause-214610-3257807

⁷ Acronyme en turc de « Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi » : Société anonyme des Services de santé internationaux (cf. section 4.2.4.)

*pas du tout clair. Je suis vraiment curieux à ce sujet, vraiment curieux. Je ne reçois aucune donnée, aucun renseignement, aucune réponse à mes questions. »*⁸

1.3.3. Limitations contextuelles et spatiales

Un autre défi majeur réside dans la complexité de l'analyse de l'impact du tourisme médical sur l'offre de soins dans le pays d'accueil, nécessitant une approche spécifique à chaque contexte national. Chaque destination présente sa propre réalité et son contexte socioéconomique unique, où des facteurs aléatoires peuvent exercer une influence plus déterminante que ceux initialement perçus comme essentiels. Par exemple, il est peu pertinent de comparer les enjeux du tourisme médical en Thaïlande avec ceux à Cuba, tant les contextes diffèrent.

En outre, les études disponibles sur cette thématique se concentrent principalement sur des pays comme l'Inde et la Thaïlande. Les recherches approfondies sur la Turquie sont rares et les travaux existants sont souvent superficiels. Cette absence de ressources spécifiques à la Turquie, conjuguée à la particularité du contexte national, complique considérablement la recherche et l'analyse du phénomène. Cette situation souligne l'urgence de développer des études locales pour obtenir une compréhension plus précise et nuancée du tourisme médical en Turquie.

1.4. Méthodologie

Le processus de collecte de données de cette recherche comprend d'abord une analyse approfondie des sources présentes dans la littérature existante. Dans ce cadre, des bases de données et des sources telles que Cairn.info, OpenEdition, DergiPark, Ulusal Tez Merkezi (YÖK), Google Scholar, ResearchGate, Academia, Jstor, PubMed, Elsevier, etc. ont été consultées pour obtenir des données issues des recherches scientifiques antérieures dans ce domaine. Par conséquent, la première partie de la recherche repose principalement sur la synthèse des sources déterminées.

⁸ Murat EMİR, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 2, Séance : 75, 13 novembre 2018.

La deuxième phase de l'étude vise initialement à analyser les données collectées lors de la première phase grâce à l'utilisation d'entretiens semi-structurés, une approche de recherche qualitative. Cette recherche était initialement centrée sur la réalisation d'entretiens avec des personnalités clés du secteur du tourisme médical dans le cadre d'une étude de terrain. Cependant, des défis tels que les contraintes administratives et le manque de coopération de la part des principaux participants ont nécessité une modification de la méthodologie afin de progresser dans la recherche.

Pour pallier ce manque de données primaires, il a été décidé dans un premier temps d'effectuer une étude d'archive à travers le bulletin mensuel « Türkiye Bülteni », bulletin mensuel du Parti de la justice et du développement (AKP), publié pour la première fois en juin 2003. Les manifestes électoraux pour les élections législatives de 2002, 2007, 2011, 2015, 2018 et 2023 de l'AKP ont également été passés en revue. Cette étude archivistique a été principalement effectuée pour déterminer les arguments avancés par l'AKP en faveur du tourisme médical et la manière dont le parti traite ce thème.

Le site internet dédié à la publication et à l'archivage de cette revue, « www.turkiyebulteni.net », est obsolète depuis un certain temps et même si dans les versions précédentes du site internet de l'AKP le bulletin était accessible en ligne, le site actuel ne propose que 61 numéros, le plus ancien remontant au n° 98 de juillet 2016. Les bibliothèques consultées ne disposaient pas non plus d'archives papier. Malgré cela, des recherches complémentaires à travers diverses sources en ligne, notamment grâce l'utilisation du site archive.org, ont permis d'accéder à 37 numéros supplémentaires.

La technique d'analyse des documents a été utilisée comme méthode de collecte de données pour obtenir des informations. Les bulletins et les manifestes électoraux ont été examinés pour déterminer s'ils contenaient les termes « tourisme de santé », « tourisme médical », « santé », « hôpital » à l'aide d'une analyse lexicale. Tous les textes contenant ces concepts pertinents ont été inclus dans le dossier de travail.

Il était prévu que ces textes soient catégorisés en fonction de l'argumentations développés au sujet du tourisme médical. Cependant, sur les 98 bulletins analysés,

35 traitaient de la politique de santé et seulement 10 abordaient le tourisme médical.⁹ Même ces 10 textes ne répondaient pas de manière significative à la problématique de l'évaluation des conséquences du tourisme médical sur l'offre médicale en Turquie. Bien que cette étude d'archive ait fourni un aperçu global du sujet, les résultats escomptés n'ont pas été obtenus. Un résultat assez similaire a été obtenu avec l'analyse des manifestes électoraux.

En fin de compte, ce n'est pas tant la difficulté d'accès aux différentes éditions du bulletin qui a conduit à la reconsidération de cette voie de recherche, mais plutôt le manque de données qualitatives présentes dans leur contenu. En conséquence, il a été décidé de se tourner vers une recherche basée sur les déclarations publiques des acteurs clés effectuées à la Grande Assemblée nationale de Turquie (TBMM). Pour effectuer cette démarche, une analyse de contenu des discours publics à travers les registres des séances plénières du parlement a été nécessaire afin de recueillir des données qualitatives pertinentes. Une analyse des registres des vingt dernières années a été réalisée en utilisant la technique susmentionnée.

L'analyse de contenu des documents nécessite inévitablement la définition de critères systématiques pour permettre à tout lecteur de reconnaître les tendances valides dans les différentes parties des textes. Ce système de codage facilite l'identification des situations similaires et permet d'expliquer le contenu ainsi que la qualité des concepts codés.¹⁰

Dans ce cadre, les registres des séances plénières du parlement ont été passé au crible comme méthode de collecte de données pour obtenir des informations. Ainsi, ces registres ont été scrutés afin de repérer les occurrences des termes « santé », « tourisme de santé », « tourisme médical », ainsi que « USHAŞ », grâce à une analyse lexicale. Tous les textes contenant ces concepts pertinents ont été intégrés dans le corpus de travail. Cette sélection a été effectuée en prenant en compte la question de recherche. Une étude approfondie a été menée sur les séances autour du

⁹ Les bulletins contenant des informations sur la politique de santé se trouvent dans la liste ci-après. Ceux traitant spécifiquement du tourisme médical sont surlignés en gras : 4, 5, 9, 11, 22, 28, 29, 34, 37, **56**, 58, 83, 105, 106, 107, **122**, **130**, 133, **141**, **142**, 145, **146**, 147, **148**, 151, 152, 153, 154, 168, 169, **170**, **177**, 184, **185**, 187.

¹⁰ Zeynel Ersin ÖZCAN, « İçerik Analizine Giriş » dans **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, « Hasan AYDIN (éd.), Eğitim Kitabevi, 2015, pp. 384-385.

13 mars et de fin décembre, période des débats budgétaires du ministère de la santé, où les interventions sont plus susceptibles d'être pertinentes pour cette étude. Cependant, il est apparu que les débats sur le projet de loi concernant la création d'USHAŞ et la possibilité pour les médecins des facultés de médecine universitaires de travailler dans les *şehir hastaneleri* (hôpitaux urbains¹¹) ont été particulièrement riches en discussions sur le tourisme médical et ses implications. Ainsi, une analyse des débats précédant le 23 juillet 2018, tenus lors des réunions de la Commission du Plan et du Budget, a constitué une source particulièrement riche et pertinente pour cette recherche.

L'analyse de contenu implique l'analyse quantitative des données qualitatives, mais cela ne signifie pas que l'analyse doit toujours être quantitative. L'analyse de contenu peut être réalisée en utilisant des méthodes à la fois qualitatives et quantitatives. L'analyse de contenu qualitative se concentre sur l'identification des thèmes, motifs et significations dans les textes, tandis que l'analyse de contenu quantitative examine la fréquence et la distribution de certains mots, expressions ou concepts. Le choix de la méthode dépend des objectifs de la recherche et des questions de recherche.

Bien que les méthodes d'analyse de contenu puissent varier en fonction des objectifs et des matériaux spécifiques étudiés, elles impliquent généralement des aspects tels que la définition des objectifs, des concepts et des unités d'analyse, l'identification des données pertinentes, la création d'une structure logique, l'élaboration d'un plan d'échantillonnage, la détermination des catégories de codage et l'analyse des données.¹² À cet égard, les étapes suivies dans le cadre de cette étude pour analyser les déclarations publiques peuvent être illustrées sous les quatre titres suivants :

- i. Sélection des déclarations :** Dans cette étude, les procès-verbaux des débats de la TBMM ont été examinés en tant que documents d'archive. L'objectif de cette étude est d'examiner les discours des parties concernant l'impact du tourisme de

¹¹ À partir de maintenant, il sera exprimé par cette appellation.

¹² Şener BÜYÜKÖZTÜRK et al., **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Ankara : Pegem Akademi, 2009, pp. 263-267.

santé. Dans un premier temps, les discours et interventions pertinents ayant un lien direct avec le sujet de recherche ont été identifiés et sélectionnés.

- ii. Analyse de contenu** : Les déclarations sélectionnées ont été soigneusement analysées pour extraire des informations pertinentes. Cette analyse comprenait une lecture attentive des discours, le repérage des passages clés et l'identification des thèmes récurrents.
- iii. Catégorisation des données** : Les informations extraites ont été organisées selon des catégories préétablies. Cette codification a permis de structurer les données de manière cohérente et de faciliter leur intégration dans le cadre théorique de la recherche.
- iv. Triangulation des sources** : Afin de garantir la fiabilité des données, la triangulation des sources a été établie. Cela implique la comparaison des informations provenant de différentes déclarations pour vérifier leur cohérence et leur validité.

1.4.1. Présentation des résultats de recherche

À la suite de l'examen des documents, les déclarations des personnes s'étant exprimées sur le thème du tourisme médical ont été classées en deux catégories principales : les argumentations en faveur du tourisme médical et celles qui s'y opposent. Ces catégories ont été subdivisées en un total de 17 sous-catégories, avec 7 sous-catégories pour les arguments en faveur et 10 pour les arguments contre le tourisme médical.

La méthode choisie pour présenter les résultats de l'étude consiste à illustrer les arguments développés concernant les impacts potentiels du tourisme de santé dans le sixième chapitre, qui constitue la synthèse du travail. L'objectif est de donner un sens aux arguments sur les effets du tourisme de santé et de discuter de leur alignement avec les théories existantes sur le sujet.

Tableau 1.1 : Arguments catégorisés

CATEGORISATION DES ARGUMENTS	
NIVEAU 1	NIVEAU 2
Argumentation en faveur	1- Contribution aux investissements et acquisition d'équipements médicaux
	2- Contribution au développement du système de santé privé
	3- Amélioration des conditions de travail du personnel de santé
	4- Source de devises et de revenus permettant de financer la production de services
	5- Réduction des coûts par l'économie d'échelle
	6- Création d'externalités positives
	7- Amélioration de la qualité
Argumentation contre	1- Charge supplémentaire créée sur le secteur médical
	2- Coût d'opportunité
	3- Impact par des infections nosocomiales
	4- Augmentation des coûts sur le secteur de la santé
	5- Vulnérabilité et précarité du tourisme médical
	6- Désertification médical
	7- Création d'un système de santé dual
	8- Marchandisation des services de santé
	9- Provoque des incertitudes et des confusions dans l'élaboration de politiques de santé
	10- Problèmes éthiques
Source : Elaboré par l'auteur	

1.4.2. Justification de la méthodologie

Dans cette étude qualitative l'analyse documentaire et l'analyse de contenu avec la méthode de codage des documents ont été utilisées pour examiner les différences et similitudes dans les discours des personnalités clés.

L'analyse de contenu est une des méthodologie de la recherche qualitative qui consiste à examiner et à interpréter systématiquement le contenu de diverses sources, telles que des documents publics ou privés, des données statistiques, des entretiens et d'autres formes de communication, dans le but d'acquérir une compréhension objective du sujet de recherche. L'analyse de contenu à travers les sources documentaires peut être utilisée seule comme méthode de collecte de données unique ou en combinaison avec d'autres méthodes de collecte de données.¹³

¹³ Radia BERNAOUI, **Méthodologie de recherche | Les étapes préliminaires d'un projet de recherche**, Alger : Office des Publications Universitaires, 2018, pp. 8-11.

Trouvant ses racines au début du XX^{ème} siècle aux États-Unis avec l'exploration de l'analyse quantitative des journaux par la Columbia School of Journalism, Harold Lasswell a joué un rôle clé dans le développement de cette méthode. Initialement perçue comme une technique quantitative, la méthodologie de l'analyse de contenu a évolué pour être reconnue comme une méthode de recherche qualitative.¹⁴

En effet, bien qu'elle fût initialement utilisée comme technique quantitative, l'analyse de contenu a évolué vers une méthode qualitative depuis les années 1950 et est utilisée par des chercheurs de diverses disciplines. Les chercheurs ont désormais la possibilité de procéder à une analyse de contenu à l'aide de techniques qualitatives ou quantitatives, l'analyse qualitative se concentrant sur l'identification de thèmes, de modèles et de significations dans les textes, tandis que l'analyse quantitative examine la fréquence et la distribution de mots, d'expressions ou de concepts spécifiques. Le choix de la méthode dépend des objectifs de recherche et des questions posées.¹⁵

Même si les analyses syntaxique, sémantique et lexicale soient parmi les méthodes les plus couramment utilisées, diverses autres formes d'analyse de contenu sont également employées pour examiner la signification des sources de données. En l'occurrence, l'analyse thématique se concentre sur l'identification de thèmes et de motifs récurrents dans les données, offrant une approche flexible pour l'analyse interprétative et permettant ainsi de saisir la diversité des points de vue des participants. Afin d'atteindre les objectifs de recherche, les analystes cherchent à interpréter le sens du texte en le condensant tout en en comprenant l'essence. Ils utilisent des lignes directrices et des méthodes analytiques pour garantir une analyse impartiale et dépasser les simples intuitions de base. Pour ce faire, le chercheur peut recourir à une analyse de contenu manuelle ou automatisée à l'aide de logiciels d'analyse textuelle. L'analyse de contenu manuelle, utilisée dans cette recherche, consiste à identifier les éléments de contenu pertinents, à les coder selon des règles établies et à les organiser en catégories.¹⁶

¹⁴ Hüseyin BAL, **Nitel Araştırma Yöntemi**, Isparta : Fakülte Kitabevi, 2013, p. 181.

¹⁵ Zeynep KIZILTEPE, « İçerik Analizi » dans **Nitel Araştırma | Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları**, Fatma Nevra SEGGIE et Yasemin BAYYURT (éd.), Ankara : Anı Yayıncılık, 2015, p. 254.

¹⁶ Howard LUNE et Bruce L. BERG, **Qualitative Research Methods for the Social Sciences**, Essex : Pearson Education, 2017, pp. 184-200.

L'utilisation de l'analyse de contenu à partir de sources documentaires, combinée à la méthode de codage, a constitué l'approche méthodologique centrale de cette étude. L'analyse de contenu consiste à analyser les principales thématiques pour les identifier, résumer, standardiser, comparer ou transformer les données existantes en une autre forme. Cette approche consiste à analyser les documents écrits contenant des informations sur le phénomène visé par la recherche. Quant à la méthode de codage il s'agit d'attribuer un nom à des segments significatifs des données. La combinaison de ces méthodes a permis d'extraire et d'analyser des données qualitatives de manière systématique et rigoureuse, fournissant ainsi une base solide pour répondre à nos questions de recherche.¹⁷

L'analyse de contenu suit quatre étapes dans le traitement des données de recherche qualitative obtenues à partir de documents. Ces étapes comprennent successivement : la collecte des données, l'identification des thèmes, l'organisation des codes et des thèmes, et enfin la définition et l'interprétation des conclusions. Le processus de codage implique de diviser, examiner, comparer, conceptualiser et relier les données obtenues. Les auteurs définissent trois approches de codage distinctes au sein de la méthodologie de recherche, à savoir le codage ancré dans des concepts préétablis, le codage basé sur des concepts émergents des données et le codage dans un cadre général.¹⁸

L'établissement de catégories constitue une étape cruciale de l'analyse de contenu. Ces catégories agissent comme des concepts généraux ou des étiquettes descriptives qui récapitulent les thèmes identifiés dans le texte, facilitant ainsi la comparaison systématique du contenu textuel provenant de différentes sources. Par conséquent, la création de catégories doit être entreprise avec soin, en veillant à ce qu'elles soient à la fois pertinentes pour la recherche et étroitement alignées sur le contenu analysé.¹⁹ Dans le contexte de cette étude, la méthodologie de codage repose sur des concepts prédéterminés spécifiquement axés sur le tourisme de santé et a permis de constituer la catégorisation des arguments relatifs au tourisme médical.

¹⁷ Catherine DAWSON, *Araştırma Yöntemlerine Giriş*, çev. Asım ARI, Eğitim Yayınevi, 2015, pp. 96-97.

¹⁸ Ali YILDIRIM et Hasan ŞİMŞEK, *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*, Seçkin Yayıncılık, 2011, pp. 228-236.

¹⁹ Hüseyin BAL, *op.cit.*, 187-190.

Le recours à l'analyse des déclarations publiques, en particulier celles faites à la TBMM, offre plusieurs avantages. Tout d'abord, ces discours sont des sources primaires officielles, ce qui leur confère une grande crédibilité. Les discours publics, sont souvent enregistrés, transcrits et accessibles au public. Cela permet au chercheur de disposer de données facilement accessibles et d'éviter les contraintes logistiques et éthiques liées à la réalisation d'entretiens.²⁰ En plus, comme ces discours suivent souvent des formats et des cadres spécifiques, cela permet une consistance dans la forme et le contenu des données, facilitant ainsi leur comparaison et leur analyse longitudinale.²¹

Etant donné que ce procédé utilise des déclarations déjà faites, souvent dans des contextes officiels et publics, le risque d'être victime de la réactivité des participants n'aura pas lieu. Cette contrainte est souvent observée lors d'entretiens, où les participants sont influencés par la présence du chercheur, les questions posées ou le contexte de l'entretien.²² Les déclarations publiques sont des documents officiels, disponibles pour une vérification indépendante. Cela confère une transparence et une crédibilité accrues aux données utilisées. Les chercheurs peuvent vérifier les sources et les contextes des déclarations, ce qui n'est pas toujours possible avec des entretiens confidentiels. Enfin, l'analyse de contenu des discours publics à travers les documents déjà existants et standardisés permet de réduire le risque de biais de la part du chercheur, notamment dans la manière dont les questions sont posées ou interprétées.

Ces références et ces points montrent que l'analyse de contenu des discours publics est une méthode rigoureuse et avantageuse pour collecter et analyser des données qualitatives, en évitant certains des défis et des biais associés aux entretiens.

La méthode choisie pour présenter les résultats de l'étude consiste à illustrer les arguments développés concernant les impacts potentiels du tourisme médical dans le

²⁰ Necati CEMALOĞLU, « Veri Toplama Teknikleri : Nicel – Nitel (Bölüm VI) » dans **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Abdurrahman TANRIÖĞEN (éd.), Ankara : Anı Yayıncılık, 2009, pp. 157-160.

²¹ Ali YILDIRIM et Hasan ŞİMŞEK, **op. cit.**, 187-201.

²² Ramazan SAK et al., « Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi », **Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi**, 4(1), 2021, pp. 227-250.

sixième chapitre, qui constitue la synthèse du travail. L'objectif est de donner un sens aux arguments sur les effets du tourisme de santé et de discuter de leur alignement avec les théories existantes sur le sujet.

En conclusion, bien que l'absence d'entretiens sur le terrain ait constitué un défi, l'adaptation de la méthodologie pour inclure l'analyse des déclarations publiques a permis de collecter des données solides et pertinentes, enrichissant ainsi la qualité et la profondeur de l'analyse.



PREMIERE PARTIE

2. TOURISME MEDICAL : CONCEPTS ET HISTOIRE

Ce chapitre propose une analyse conceptuelle approfondie, suivie d'une proposition de classification du tourisme médical issue de la littérature, ainsi qu'un examen détaillé de son évolution historique. Cette approche est essentielle pour garantir une compréhension complète de ce phénomène complexe. Une étude minutieuse de ces aspects fournit des bases solides pour appréhender les sections ultérieures du texte et offrira une perspective éclairée sur les développements et dynamiques du tourisme médical à travers le temps.

2.1. Cadre conceptuel et typologie

Le cadre conceptuel du tourisme médical repose sur une compréhension approfondie des diverses motivations et types de soins recherchés par les patients. En analysant les différentes suggestions de définitions, il est possible de saisir la complexité et la diversité du phénomène, ainsi que les variations dans les approches et les classifications. Cette analyse permet ainsi d'éclairer les distinctions entre les différentes tendances du tourisme médical et de mieux comprendre les dynamiques sous-jacentes. La compréhension de la typologie du tourisme médical vient compléter cette perspective en offrant un cadre structuré pour l'étude des pratiques et des tendances dans ce domaine.

2.1.1. Effort de définition

Malgré l'abondance d'informations et d'études sur le tourisme médical, il est difficile de trouver une définition cohérente et universellement acceptée du concept. En effet, la définition du « tourisme médical » varie selon les études. La nature complexe du tourisme médical pose un double défi. D'une part, elle est définie à travers un large éventail de définitions, qui peuvent être très variables et même parfois contradictoires. D'autre part, certains termes sont souvent utilisés de manière interchangeable pour décrire la pratique, soulignant un problème important dans la

conceptualisation de ce domaine. Ce deuxième aspect sera abordé après avoir présenté la première dimension de cette imbroglio conceptuel.

Le tourisme médical est un concept polysémique qui recouvre plusieurs réalités, ce qui entraîne une ambiguïté dans sa définition. En effet, Selon un recueil de définitions à travers a les sources de la littérature turque, le tourisme médical est défini de diverses manières, chacune mettant en lumière un aspect particulier de ce phénomène. Il peut être décrit comme une forme de tourisme nécessitant l'utilisation d'équipements et de personnel spécialisés, ou comme une catégorie de tourisme offrant des services à haute valeur ajoutée pour les patients et leurs accompagnateurs. Une autre définition le caractérise comme le voyage de personnes vers une autre région pour des raisons de santé, ou encore comme des déplacements pour améliorer la condition physique ou répondre à des besoins médicaux spécifiques tels que la chirurgie esthétique, les greffes d'organes, les soins dentaires, la physiothérapie et la réhabilitation, contribuant ainsi au développement des établissements de santé. Par ailleurs, il peut également être vu comme le voyage d'un patient vers un autre lieu pour recevoir des soins médicaux, ou encore comme des voyages à l'étranger pour obtenir des traitements médicaux, notamment dans des contextes de chirurgie, d'accouchement et de soins esthétiques.²³

Au-delà de la littérature turque, il est pertinent d'examiner les diverses définitions du tourisme médical à travers une sélection de littérature internationale, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 2.1 : Définitions du tourisme médical

Auteur(s)	DEFINITION ET SOURCE DE LA CITATION
Todd	Le tourisme médical est la pratique de voyager en dehors de sa ville d'origine pour accéder à des soins médicaux ou dentaires, ou à des tests diagnostiques coûteux et sophistiqués. <i>Maria K. TODD, Medical Tourism Facilitator's Handbook, CRC Press Taylor & Francis Group, Boca Raton, 2012, p. xvii</i>
Keckley (Deloitte)	Le tourisme médical - le processus de "quitter son domicile" pour des traitements et des soins à l'étranger ou ailleurs au niveau national - est un phénomène émergent dans l'industrie des soins de santé. <i>Paul H. KECKLEY, et Howard R. UNDERWOOD, Medical tourism: consumers in search of value, Washington DC: Deloitte Center for Health Solutions, 2008, p.2.</i>

²³ Harun ÇALHAN, Ayşegül ARICI, Bir Turistik Ürün Olarak Medikal Turizmin Değerlendirilmesi, *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 6(4), 2022, p. 1096.

Crooks et al.	Le tourisme médical est défini comme une industrie impliquant des patients voyageant intentionnellement à l'étranger pour des services médicaux non urgents. <i>Valorie A CROOKS et al., « What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review », Health Services Research, 10(266), 2010, p.1.</i>
Carrera et Bridge	Le tourisme médical est défini comme « le voyage organisé en dehors de la juridiction sanitaire naturelle de l'individu pour l'amélioration ou la restauration de la santé de celui-ci par le biais d'une intervention médicale ». <i>Percivil CARRERA et John BRIDGES, « Health and medical tourism: what they mean and imply for health care systems », Health and Ageing, Volume 15, The Geneva Association, 2006 cité par Nicola S. POCOCC et Kai Hong PHUA, « Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia », Globalization and Health, 7, 2011, p. 2.</i>
Menvielle et Menvielle	Le tourisme médical désigne les patients désireux de se faire soigner à l'étranger à des prix abordables, profitant d'une expertise médicale et d'un décor différent de celui de leur quotidien pour leur convalescence. <i>Loick MENVIELLE & William MENVIELLE, «Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager », Téoros, 29(I), 2010, p.109.</i>
Terzioğlu	Les recherches qui lui sont consacrées définissent ainsi le tourisme médical : se faire soigner dans les établissements médicaux de certains pays étrangers. <i>Ayşecan TERZIOĞLU, « Le tourisme médical en Turquie. Repenser la santé dans un contexte globalisé », Ethnologie française, XLIV, 2014/ 2, Éditions PUF, p. 259.</i>
Hottois et Missa	Le tourisme médical se réfère au déplacement de personnes allant dans un pays autre que leur pays de résidence, dans le but de bénéficier d'un acte médical non disponible ou difficilement accessible dans leur propre pays, soit pour des raisons de législation soit pour des raisons relatives à l'offre de soins (compétences, coût). <i>Gilbert HOTTOIS et Jean-Noël MISSA, Nouvelle encyclopédie de bioéthique, De Boeck Université, 2001 p. 831-832 cité par Léo ROQUE, Le tourisme médical dans l'espace de l'Union européenne, thèse de doctorat, École doctorale Droit et Science politique, L'université de Montpellier, 11 décembre 2020, p15.</i>
Burhin	Le tourisme médical est le fait de quitter sa résidence principale (pour plus de 24h et moins de 3 mois) afin de rejoindre une autre destination pour s'y faire soigner. <i>François BURHIN, op. cit., p. 53.</i>
Connell	Le tourisme médical désigne les voyages effectués par les patients à l'étranger dans le but de recevoir des traitements médicaux. <i>John CONNELL, « Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery », Tourism Management, 27, 2006, p.1094.</i> Le tourisme médical est une expression générique désignant les situations où l'amélioration de la santé est un élément clé d'un voyage ou d'un séjour à l'étranger, et où cela implique certains procédés invasifs (mais aussi des examens médicaux et des bilans de santé), plutôt que l'implication plus passive du tourisme de santé et de bien-être, ou même d'activités saines comme la randonnée ou les promenades en forêt. <i>John CONNELL, Medical Tourism, CABI, 2011, p. 7.</i>
Sadanandhan, et Balachandran	Le tourisme médical est un terme plus large utilisé pour désigner le phénomène des voyageurs franchissant les frontières internationales pour obtenir des soins de qualité à un prix abordable. <i>Dannya Sadanandhan, V. Balachandran, « Determinants of Medical Tourist Destination Selection – A study on Medical Tourism in India », International Journal for Research in Engineering Application & Management (IJREAM), 07(06), Sep 2021, p. 94.</i>
Yu et Ko	Le tourisme médical, soit le fait de voyager à l'étranger pour des traitements et des soins, est un phénomène émergent dans le secteur de la santé. <i>Ji Yun YU et Tae Gyou KO, « A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea », Tourism Management, 33, 2012, p. 80.</i>
Bookman et Book	Défini de manière lâche comme un voyage dans le but d'améliorer sa santé, le tourisme médical est une activité économique qui implique un échange de services et représente la fusion d'au moins deux secteurs : la médecine et le tourisme.

	Milica Z. BOOKMAN et Karla R. BOOKMAN, <i>Medical Tourism in Developing Countries</i> , Palgrave Macmillan, 2007, p. 1.
Fleuret	Le tourisme médical est défini comme le voyage vers un pays tiers afin de rechercher des soins, car ceux-ci sont soit trop coûteux, indisponibles ou inaccessibles dans le pays d'origine. Sébastien FLEURET, <i>A Back and Forth Between Tourism and Health: From Medical Tourism to Global Health</i> , Wiley-ISTE, 2022, p.104.
Lee et Spisto	Le tourisme médical désigne les voyages impliquant une procédure médicale ou des activités favorisant le bien-être du touriste. Christine LEE et Michael SPİSTO, <i>Medical Tourism, the Future of Health Services, Proceedings of the 12th International Conference on ISO 9000 and TQM</i> , Samuel K M Ho (éd.), Taiwan RoC: National Chin-Yi University of Technology, 2007, p.1.
Jose R et Sachdeva	Le tourisme médical implique de se rendre dans une installation avancée dans un autre pays pour recevoir un traitement médical ou chirurgical nécessaire à un coût beaucoup plus bas, souvent associé à l'utilisation des économies pour choisir et profiter d'un séjour de vacances pendant la période de convalescence. Jose R et Sandeep SACHDEVA. « Keeping an eye on future: medical tourism » <i>Indian journal of community medicine</i> , 35(3), 2010, p. 376.
Vijaya	Le tourisme médical correspond au phénomène où les patients se rendent dans des pays en développement à faible coût pour des procédures de santé. Ramya M. VIJAYA, « Medical Tourism: Revenue Generation or International Transfer of Healthcare Problems? », <i>Journal of Economic Issues</i> , 44(1), mars 2010, p. 53.
Alvarez et al.	Le tourisme médical peut être défini comme le déplacement de patients au-delà des frontières internationales dans le but d'obtenir des soins de santé. Melisa Martínez ÁLVAREZ, Rupa CHANDA et Richard D SMITH, « The potential for bi-lateral agreements in medical tourism: A qualitative study of stakeholder perspectives from the UK and India », 7(11), <i>Globalization and Health</i> , 2011, p. 2.
Cohen	Le « tourisme médical » désigne le voyage de patients résidents d'un pays vers un autre pays pour des traitements médicaux. I. GLENN COHEN, « How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics) », <i>Developing World Bioethics</i> , 12(1), 2012, p. 9.
Hudson et Li	Le tourisme médical est donc défini ici comme le tourisme (international ou national) ayant pour objectif principal des traitements médicaux invasifs, diagnostiques ou liés au mode de vie. Simon HUDSON et Xiang (Robert) LI, « Domestic Medical Tourism: A Neglected Dimension of Medical Tourism Research », <i>Journal of Hospitality Marketing & Management</i> , 21, 2012, p. 230.
Ministère de la Santé de la République de Turquie	Le tourisme de santé international est défini comme étant des services de santé reçus par les personnes physiques qui ne sont pas citoyennes de la République de Turquie ou qui, bien que citoyennes de la République de Turquie, résident à l'étranger, lorsqu'elles viennent temporairement dans notre pays pour des raisons de santé, ainsi que les services de soutien associés. JOURNAL OFFICIEL, « Règlement sur le tourisme médical international et la santé des touristes », Ministère de la Santé de la Turquie, <i>Journal officiel n° 30123</i> , 13 juillet 2017. Le tourisme médical, se définit comme le déplacement d'un patient vers un autre lieu pour recevoir des soins médicaux de niveau secondaire ou tertiaire. Sıdıka KAYA et al., <i>Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu 2013</i> , Hacettepe Üniversitesi & Sağlık Bakanlığı, 2013, pp. 11-12. Le tourisme de santé désigne un voyage planifié effectué pour recevoir des services de santé, quelle qu'en soit la raison, dans un lieu autre que celui de résidence. Dursun AYDIN et Süreyya ŞEKER, <i>Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi</i> , Sağlık Bakanlığı THGM (Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü), 2011, p.6.
Source : Élaboré par l'auteur.	

Les définitions du tourisme médical varient, bien que plusieurs éléments communs apparaissent. De manière synthétique, le tourisme médical peut être défini comme un voyage entrepris pour recevoir des soins médicaux, principalement à l'étranger, souvent dans le but de bénéficier de traitements plus abordables ou indisponibles dans le pays d'origine du patient. Une analyse comparative de ces définitions permettra de discerner plus précisément leurs nuances, lesquelles seront examinées ci-après.

Tout d'abord, ces définitions reflètent une disparité spatiale quant à la destination du tourisme médical. Todd décrit le tourisme médical comme le voyage hors de sa ville d'origine, ce qui implique qu'il peut également se produire dans le même pays. Keckley précise clairement que le touriste médical peut recevoir des soins tant à l'étranger qu'au niveau national. En revanche, Snyder et al. définissent le tourisme médical comme une industrie où les patients voyagent intentionnellement à l'étranger. De même, Alvarez et al. le décrivent comme le déplacement international pour obtenir des soins de santé. Carrera et Bridges évoquent le fait de se rendre « *hors de la juridiction sanitaire naturelle* » pour améliorer ou restaurer la santé par des interventions médicales.

Il existe également des différences concernant les types de traitements pris en compte. L'évolution des définitions proposées par Connell est particulièrement intéressante. En 2006, décrit le tourisme médical comme étant un voyage pour recevoir des traitements médicaux, mais il élargit ensuite cette définition en 2010 pour inclure non seulement des interventions invasives mais aussi des examens médicaux et des bilans de santé. Il explique cette évolution en indiquant qu'en 2006, il avait défini le tourisme médical comme un tourisme directement lié à une intervention médicale significative avec des résultats attendus à long terme. Cependant, il jugeait que cette définition était restreinte, excluant les voyages où l'intervention médicale n'était pas le but principal ou impliquait des procédures légères, y compris dentaires.

Certaines définitions présentent des particularités atypiques. Par exemple, Loïck Menvielle et William Menvielle décrivent le phénomène comme des patients se rendant à l'étranger pour des soins abordables et une expertise médicale différente.

Bookman et Bookman offrent une définition originale en décrivant le tourisme médical comme une fusion entre les secteurs de la médecine et du tourisme. François Burhin est précis quant à la temporalité du séjour médical, mentionnant explicitement qu'il doit durer au moins 24 heures et ne pas excéder trois mois. Cette précision est importante car elle permet d'exclure les étrangers résidant dans le pays comme les expatriés, les diplomates, les étudiants etc., qui pourraient être confondus avec les touristes médicaux. En se référant aux recherches antérieures, Terzioğlu mentionne que le tourisme médical pourrait être défini simplement comme le fait de se faire soigner dans des établissements médicaux étrangers. Cette définition élargit considérablement le champ d'application du concept, se rapprochant davantage du concept de « patient international » qui sera défini plus bas.

Hottois et Missa se réfèrent à des actes médicaux non disponibles ou difficiles d'accès dans le pays d'origine. Sadanandhan et Balachandran voient le tourisme médical comme un phénomène où les voyageurs obtiennent des soins de qualité à un coût abordable à l'étranger. Fleuret mentionne également le voyage pour obtenir des soins indisponibles ou trop coûteux dans le pays d'origine. Ces définitions se concentrent principalement sur les motivations des patients, un aspect qui n'est pas toujours présent dans toutes les définitions.

En définissant le tourisme médical comme un phénomène impliquant des procédures médicales ainsi que des activités favorisant le bien-être, Lee et Spisto vont au-delà du tourisme médical en incluant également la dimension du bien-être, qui est généralement considérée comme une branche distincte du tourisme de santé (cf. figure 2.1.). La définition de Jose et Sachdeva met en avant le tourisme médical associé aux séjours de vacances pendant la convalescence, se concentrant ainsi sur le tourisme de 3^{ème} vague plutôt que celui de 2^{ème} vague (cf. section 2.2.). Ce constat est également valable pour la définition de Vijaya, qui précise qu'il s'agit d'un voyage vers des pays en développement pour des procédures de santé à faible coût.

Enfin, une attention particulière doit être accordée à l'évolution des définitions du tourisme médical par le ministère de la Santé de la Turquie au fil des années, qui reflète un élargissement et une précision croissante du concept, tout en introduisant des distinctions importantes. En 2011, le ministère définit le tourisme de santé

comme un voyage planifié pour recevoir des services de santé dans un lieu autre que celui de résidence. Cette définition initiale est assez générale et englobe tous les voyages motivés par des besoins médicaux, sans distinction entre les types de soins ou les niveaux de services. En 2013, la définition se précise et devient plus exclusive en évoquant le tourisme médical spécifiquement comme le déplacement d'un patient vers un autre lieu pour des soins médicaux de niveau secondaire ou tertiaire. Cette définition se concentre davantage sur les types de soins reçus et les niveaux de services impliqués, indiquant une attention accrue aux aspects médicaux spécifiques et à la nature des traitements. Enfin, en 2017, la définition se transforme pour aborder le tourisme de santé international en mettant l'accent sur le lieu de résidence. Cette définition vise à inclure les millions de citoyens turcs vivant à l'étranger, qui constituent une source importante de tourisme médical (cf. section 3.2.3.3.).

Le second aspect du problème de conceptualisation réside dans l'utilisation interchangeable de certains termes pour décrire la pratique du tourisme médical. À cet égard, bien que les termes « tourisme médical », « voyage médical », « traitement à l'étranger », « soins de santé transnationaux », « soins de santé transfrontaliers » ou « commerce transfrontalier des soins de santé » soient souvent utilisés de manière quasi-synonyme, il est essentiel de reconnaître l'ambiguïté qui les entoure. Cette confusion résulte de plusieurs facteurs et met en évidence la complexité et le caractère contextuel de la mobilité des patients au-delà des frontières nationales.

En effet, le choix conceptuel varie en fonction des contextes, notamment géoéconomiques. En Europe, où les modèles de sécurité sociale garantissent l'accès aux soins comme un droit citoyen, le terme « soins de santé transfrontaliers » est privilégié pour désigner la mobilité des patients entre systèmes de santé nationaux. Bien que le terme « tourisme médical » soit également utilisé, il n'est pas dominant. En revanche, en Asie et en Amérique, le « tourisme médical » est largement employé pour décrire le développement économique à travers l'accueil de patients internationaux. Ces régions, plus ouvertes aux modèles privatisés de santé, voient le tourisme médical comme une opportunité de prospérité économique, ce qui contraste avec l'approche plus régulée et centrée sur les droits en Europe. Ainsi, il est possible de conclure que le concept de « soins de santé transfrontaliers » est moins chargé de connotations commerciales que le terme « tourisme médical ». Ce dernier est souvent

associé à des prestations de soins de santé payées directement, le positionnant comme une forme d'exportation de service et le rapprochant d'autres types de tourisme, où les patients sont traités comme des consommateurs touristiques.²⁴

C'est probablement en raison de la connotation péjorative associée aux termes « tourisme médical » ou « tourisme de santé » que les autorités turques tentent de s'en distancer. Bien qu'elles ne puissent éviter ces termes en raison de leur usage répandu, il est significatif que l'entreprise publique récemment créée par le gouvernement soit nommée « Société de services internationaux de santé » sans référence directe à ces concepts. En l'absence de la déclaration de correction de Süreyya Sadi Bilgiç (AKP), soulignant ce point lors de l'examen de la loi de création d'USHAŞ, cet aspect aurait pu être interprété comme une simple coïncidence ou un choix non intentionnel, ce qui n'est évidemment pas le cas : « (...) *Tout d'abord, je souhaite répondre aux questions concernant la santé : La formule utilisée dans cette proposition est "services de santé internationaux", tandis que l'expression "tourisme médical" est une expression inventée par l'opinion publique. (...)* ». ²⁵ Malgré cela, les concepts de « tourisme médical » et surtout de « tourisme de santé » sont tellement ancrés dans le jargon turc qu'il sera difficile de les modifier. En effet, une recherche à travers les thèses et mémoires rédigés en Turquie révèle l'absence totale d'études mentionnant le terme « services de santé internationaux » dans leur titre, tandis que 244 titres incluent le terme « tourisme de santé » et 110 le terme « tourisme médical ».²⁶

L'utilisation du concept de tourisme médical ou de tourisme de santé pose problème précisément en raison du fait que les patients qui se livrent à ces pratiques le font principalement dans une logique médicale plutôt que touristique. En effet, l'objectif de cette mobilité est avant tout d'améliorer la santé, et non de se distraire. De plus, lorsque les soins sont importants et que la période postopératoire est délicate, les patients ne peuvent même pas véritablement faire de tourisme, contrairement à ce que suggèrent la plupart des campagnes publicitaires. Pourtant, le concept de « tourisme médical » met en avant l'aspect touristique, ce qui conduit la quasi-totalité

²⁴ David BOTTERILL, Tomas MAINIL et Guido PENNING, **Medical Tourism and Transnational Health Care**, Palgrave Macmillan, 2013, pp 2-5.

²⁵ Süreyya Sadi BİLGİÇ, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 10, 25 juillet 2018.

²⁶ Recherche effectuée le 10 juillet 2024 à travers le site officiel du Conseil de l'enseignement supérieur : <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi>

de la littérature à le classer comme une variante du tourisme alternatif, comme cela a également été suivi ici.²⁷

En plus des deux aspects de la complexité conceptuelle, un autre facteur complique la définition du tourisme médical, et il ne s'agit pas cette fois d'une complication sémantique, mais plutôt d'une question de portée. En effet, bien que le tourisme inclue à la fois les visiteurs internationaux et les touristes locaux, le tourisme médical se concentre principalement sur les patients internationaux.²⁸ Les études sur le tourisme médical tendent généralement à ne pas considérer la mobilité infranationale, alors que les déplacements à l'intérieur d'un pays pour des besoins médicaux sont courants, comme les voyages d'une province à Paris en France ou d'un État à un autre aux États-Unis dans un contexte fédéral.²⁹

Il est tout de même surprenant que des patients comme un Luxembourgeois se rendant en moins d'une heure à l'hôpital de Metz, ou un Géorgien de Batoumi se dirigeant vers l'hôpital d'Artvin, soient considérés comme des touristes médicaux, tandis qu'un Indien vivant dans les montagnes du Cachemire se rendant à Chennai pour une opération, ou un Iakoute de Sibérie voyageant plusieurs milliers de kilomètres pour se faire soigner à Saint-Petersbourg, ne le soient pas nécessairement. De même, des milliers de Californiens traversent chaque année la frontière mexicaine en quelques minutes pour accéder à des soins médicaux et sont classés comme touristes médicaux. En revanche, s'ils choisissent de se faire soigner à Chicago, situé à plus de 2.000 kilomètres, ils ne sont pas considérés comme tels dans la plupart des recherches. Cette disparité dans la classification souligne les variations dans les critères et les perceptions du tourisme médical.

On pourrait également examiner des cas tels que les patients des régions d'outre-mer se rendant en métropole française, les Chypriotes turcs voyageant en Turquie, ou encore les patients d'Andorre se dirigeant vers Toulouse ou Barcelone

²⁷ Virginie CHASLES, Se déplacer pour se faire soigner : une mobilité en expansion, généralement appelée "tourisme médical", *Géococonfluences*, février 2011.

<https://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/tourisme/TourScient2.htm>

²⁸ Simon HUDSON et Xiang (Robert) LI, Domestic Medical Tourism: A Neglected Dimension of Medical Tourism Research, *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 21, 2012, pp. 227-246.

²⁹ Sébastien FLEURET, *A Back and Forth Between Tourism and Health: From Medical Tourism to Global Health*, Wiley-ISTE, 2022, p.104.

pour des soins. Bien que les exemples puissent être nombreux, les exemples déjà présentés suffisent à illustrer l'enjeu et la complexité du sujet, surtout que l'objectif n'est pas de spéculer sur les cas atypiques mais de saisir les enjeux globaux. Il pourrait sembler, à première vue, qu'une telle démarche sur les détails superflus ne nécessite pas une attention particulière et qu'il ne soit pas essentiel d'accorder une importance aux cas exceptionnels. Cependant, il est crucial de souligner que les efforts pour clarifier les concepts et délimiter les champs d'application ne doivent pas être sous-estimés.

L'utilisation d'un cas concret peut illustrer cette variabilité. Alors que la plupart des sources s'accordent à prévoir une croissance continue du tourisme médical dans les années à venir, avec une augmentation du nombre de touristes médicaux et de la valeur du marché, les projections diffèrent considérablement. Par exemple, selon la définition la plus restrictive, il est estimé qu'il y aura environ 10,3 millions de touristes médicaux en 2025. En revanche, en utilisant une définition plus large, telle que celle proposée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les chiffres pourraient atteindre environ 73,7 millions pour la même année.³⁰

Un échange particulièrement significatif avait eu lieu entre le député Aytuğ Atıcı (CHP) et Mehmet Şimşek, ministre des Finances. En évoquant le fait que les réfugiés syriens pouvaient se faire soigner gratuitement alors que les citoyens incapables de payer leurs cotisations ne reçoivent pas de soins, Atıcı demandait au ministre comment les dépenses de santé des réfugiés étaient financées et si ces dépenses de santé versées à l'Institution de Sécurité Sociale (SGK) étaient comptabilisées comme des revenus issus du tourisme médical.³¹

Bien que la réponse soit désormais claire et négative, la situation n'était pas aussi évidente au début de la crise migratoire syrienne. À cet égard, le manque de connaissances d'Atıcı n'est pas particulièrement surprenant. Cependant, il est

³⁰ Frederick J. DEMICCO, Marvin CETRON, et Owen DAVIES, « Medical Tourism and Well-Being: Trends and Strategies » dans **Medical Travel Brand Management | Success Strategies for Hospitality Bridging Healthcare (H2H)**, Frederick J. DEMICCO et Ali A. POORANI (éd.), Apple Academic Press, 2023, p. 19.

³¹ Aytuğ ATICI, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 34, 17 décembre 2013.

étonnant que même le ministre Şimşek ne soit pas mieux informé, étant donné qu'il exprimait son incertitude en affirmant que, selon ses informations, les dépenses à cet égard ne sont pas reflétées dans les chiffres du tourisme, tout en notant que les chiffres avaient été ajustés pour refléter les ambiguïtés antérieures et en suggérant qu'il pourrait être utile de se renseigner davantage.

Cela souligne clairement l'importance cruciale de disposer de données claires et de définitions précises pour clarifier cette question. On ne saurait trop souligner l'importance de la clarification et de l'examen minutieux des détails. En effet, les détails et les éléments apparemment mineurs peuvent jouer un rôle crucial dans le façonnement des conséquences, au point qu'une simple considération conceptuelle peut influencer les statistiques, lesquelles peuvent, à leur tour, avoir un impact majeur sur la mise en œuvre des politiques de santé du pays. Les considérations à cet égard, démontrant comment chaque élément peut avoir un impact significatif sur la planification de la politique sanitaire, sont abordées au cinquième chapitre.

À cet égard, avant de passer à l'analyse typologique du tourisme médical il convient de noter que, depuis au moins une décennie, les documents officiels turcs distinguent clairement les nuances conceptuelles du tourisme médical, jusqu'à classer les patients selon leur motivation principale. En effet, le ministère de la Santé de Turquie utilise le concept de « patient international » comme un terme général englobant divers types de soins médicaux transnationaux. Il définit le patient international comme une personne qui, en dehors de son pays de résidence, reçoit des services de santé dans un autre pays. Ce concept comprend quatre sous-catégories de patients internationaux. La classification des patients internationaux est présentée dans le tableau 2.2, élaboré en tenant compte des critères du ministère.³²

³² Sıdıka KAYA et al., **Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu 2013**, Hacettepe Üniversitesi & Sağlık Bakanlığı, 2013, pp. 11-12.

Tableau 2.2 : Différents types de patients internationaux

Tourisme médical Le tourisme médical, sous-catégorie du tourisme de santé comprenant aussi le tourisme thermal, le tourisme pour personnes âgées et handicapées, se définit comme le déplacement d'un patient vers un autre lieu pour recevoir des soins médicaux de niveau secondaire ou tertiaire. Cela inclut les bilans de santé, les examens, les soins dentaires, les opérations cardiaques, les implants, les traitements du cancer, la neurochirurgie, les greffes d'organes et autres interventions spécialisées.	Santé du touriste La santé du touriste concerne l'impact sanitaire de l'environnement où le touriste séjourne. Lorsqu'un touriste, se rendant dans un autre pays pour des vacances, doit recevoir des soins médicaux urgents ou imprévus pendant son séjour, on parle de santé du touriste. En d'autres termes, la santé du touriste se réfère à la nécessité pour les personnes participant à des activités touristiques à des fins autres que médicales de recourir à des services de santé pendant leur séjour en tant que touristes.
Patients via les accords bilatéraux Les accords bilatéraux en matière de santé représentent un domaine important des relations internationales. Dans ce contexte, le ministère de la Santé de la République de Turquie a conclu plusieurs accords bilatéraux avec divers pays dans le domaine de la santé. Un nombre déterminé de patients de ces pays viennent en Turquie dans le cadre de ces accords, et leur traitement est planifié par le ministère de la Santé. Ces patients sont reçu dans les hôpitaux publics ou les hôpitaux universitaires par une lettre officielle du Ministère. La Turquie a des accords bilatéraux dans ce domaine avec des pays tels que le Soudan, l'Afghanistan, le Yémen, l'Albanie, la République turque de Chypre du Nord (RTCN), le Kosovo, et l'Azerbaïdjan.	Patients via les accords de sécurité Sociale Les pays peuvent bénéficier des services de santé d'autres pays grâce aux accords de sécurité sociale. Dans ce cadre, les coûts des soins pour les patients internationaux sont d'abord couverts par l'organisme de sécurité sociale concerné. Cet organisme récupère ensuite les frais auprès des institutions de sécurité sociale selon les termes de l'accord. En ce sens, la Turquie fournit des soins de santé aux résidents des pays avec lesquels elle a signé des accords de sécurité sociale en cas de besoin. Ces accords incluent principalement des pays où une forte communauté turque est présente, tels que l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas, la Belgique, la France, RTCN, la Macédoine, la Roumanie, l'Albanie, la Bosnie-Herzégovine, la République tchèque, l'Azerbaïdjan, le Luxembourg et la Croatie.
Source : Élaboré par l'auteur depuis les informations fournies dans Sıdıka KAYA et al., Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu 2013, Hacettepe Üniversitesi & Sağlık Bakanlığı, 2013, pp. 11-12.	

La principale confusion survient souvent entre le tourisme médical et la santé du tourisme. Étant donné que ces concepts peuvent se chevaucher, il est pertinent d'examiner leurs distinctions à travers des cas concrets. Par exemple, un Suisse visitant la Cappadoce pour profiter du paysage naturel, qui se blesse à la hanche en montant à cheval et se rend à l'hôpital à Kayseri, n'est pas considéré comme un touriste médical, mais comme un patient recevant des soins dans le cadre de la santé du touriste. Il ne s'agit pas nécessairement d'un cas accidentel, car un Russe se rendant à Antalya pour profiter de la mer, puis décidant d'effectuer un blanchiment dentaire

avant de rentrer chez lui, n'est également pas classé comme touriste médical selon la classification du ministère de la Santé.

A cet égard, les propos d'İnan Yaşar Türksoy, président de l'Association des Établissements de Tourisme de Santé International et des Organismes Intermédiaires (USTTAK), sont révélateurs de cette thématique :

(...) Nous sommes actuellement un pays qui s'occupe principalement de la santé des touristes. En réalité, nous ne faisons pas de tourisme médical. Je tiens à souligner cela. Qu'est-ce que la santé des touristes ? Ce sont les traitements que les personnes qui viennent en Turquie pour des vacances, reçoivent des soins de santé à cette occasion des soins de santé en raison de problèmes de santé rencontrés sur place. Effectivement, nous ne faisons pas vraiment de tourisme médical en attirant ces touristes ici par des promotions appropriées. Par exemple, Istanbul et Antalya ont déjà un attrait naturel. Les touristes viennent en raison de cet attrait et reçoivent des soins de santé lorsqu'ils arrivent. Les patients arrivent avec la réflexion suivante : *"Je voulais déjà voir Istanbul ou Izmir et comme j'ai un besoin particulier, autant que je suis là, je vais en profiter pour satisfaire ce besoin"*. Ce n'est pas vraiment du tourisme médical. La ville a un attrait. En raison de cet attrait, les touristes viennent avec un besoin spécifique qu'ils satisfont pendant leur séjour, et ils disent qu'ils voulaient déjà voir Istanbul ou Izmir. (...)³³

Enfin, déterminer si un Allemand qui décide de venir à Denizli pour bénéficier d'une cure thermale ou un retraité allemand qui se rend à Izmir pour des soins gériatriques est considéré comme un touriste médical ou comme relevant d'un autre type de tourisme dépasse le cadre de cette section. Pour ce faire, il convient de se référer à la typologie présentée dans la section suivante.

2.1.2. Typologie et classification

Lorsque l'on catégorise le tourisme en fonction des objectifs des participants, il est principalement regroupé sous deux rubriques catégorielles: le tourisme traditionnel et le tourisme alternatif. Les activités du tourisme traditionnel qui sont également considérées comme tourisme de masse, sont les vacances au motif du *trio* « mer-sable-soleil » effectués en saison d'été. Tous les autres types de tourisme ayant comme autre objectif que l'accès à la plage et les bains de soleil sont regroupés sous

³³ İnan Yaşar TÜRKSOY, **Sağlık Turizminde Hasta Başına 5-6 Bin Euro Giriş Oluyor**, 30 Dakika - BloombergHT, mise en ligne le 15 mars 2024 et consulté le 25 mars 2024 sur <https://youtu.be/PQzdSn-84-w?si=Hm0Ucg-tgOTUldXj&t=858> (intervention entre 14mn21 et 15mn04).

l'appellation de « tourisme alternatif ». Ainsi, le tourisme médical trouve évidemment sa place dans cette deuxième catégorie.³⁴

La périodicité et la caractéristique saisonnière du tourisme traditionnel incitent les pays qui souhaitent augmenter leurs recettes touristiques à se tourner vers les activités touristiques alternatives. Par conséquent, les pays diversifient leurs possibilités touristiques et, en ce sens, le tourisme de santé est l'une des branches les plus importantes du tourisme alternatif.³⁵

Parmi les diverses classifications du tourisme de santé présentes dans la littérature³⁶, la déclinaison tripartite, qui représente la catégorisation dominante dans ce domaine, sera adoptée.³⁷ Elle comprend : le tourisme médical, le tourisme pour personnes âgées et handicapées, ainsi que le tourisme thermal et spa-bien-être.

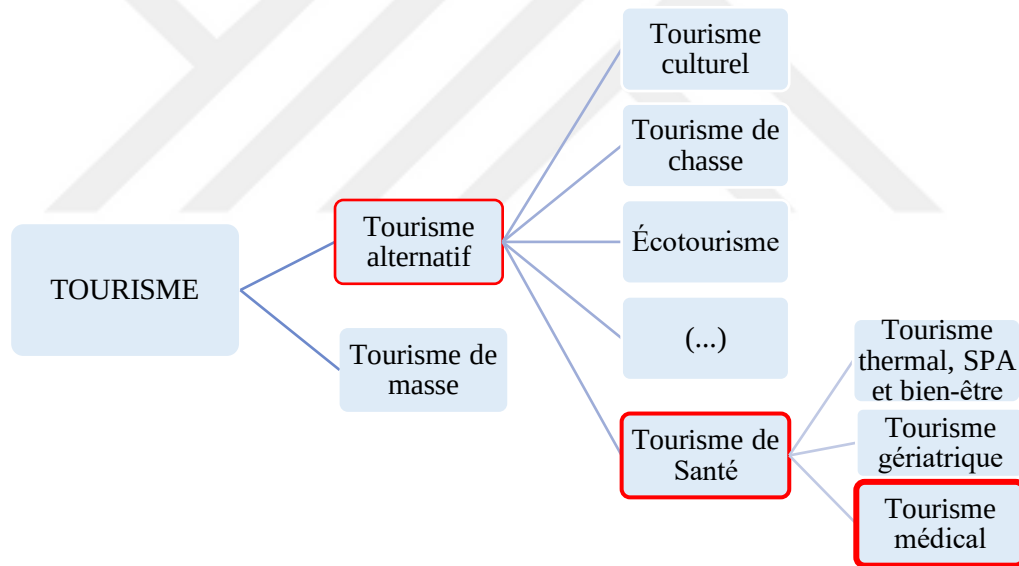


Figure 2.1: Typologie du tourisme médical

Source : Elaborée par l'auteur

³⁴ Hakan AKAYDIN, « Sağlık Turizmi » dans *Sağlık Kurumları Yönetimi*, Oktay YANIK (éd.), Sage Matbaacılık, 2018, p. 199.

³⁵ Hasan GÜL, *Sağlık Turizmine yönelik Stratejiler ve Türkiye Ekonomisine Katkısı*, Detay yayıncılık, 2019, p. 4.

³⁶ A titre d'exemple ; Kutay AYTUĞ et al., Sinop ilinin alternatif turizm çeşitleri açısından swot analizi, *Karadeniz Araştırmaları*, 17, 2020, pp. 715-736 ; Loïck MENVIELLE, William MENVIELLE et Nadine TOUNOIS Panorama du tourisme médical. Une logique de flux migratoires, *Les cahiers espaces*, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 8-20.

³⁷ Cemalettin AKTEPE, « Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye'de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları », *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 2021, pp. 170-188.

Il est important de noter que plusieurs sources, traitent séparément le tourisme gériatrique et le tourisme pour personnes handicapées et que certains de ces sources considèrent uniquement le premier comme faisant partie du tourisme de santé. En effet, même des sources rédigées par le biais du ministère de la Santé, n'ont pas une vision commune sur la question. Alors que pour une de ces sources ce sont deux segments distincts³⁸, pour une autre ils sont regroupés sous la même catégorie.³⁹

Malgré les différences significatives entre ces deux types de prestation, c'est probablement en raison du besoin des services médicaux spéciaux, de soins et de réadaptation, ainsi que des services adaptés que ces deux groupes de patient exigent qu'ils soient étudiés conjointement.

Bien que l'ambiguïté catégorielle affecte également le tourisme thermal, les spas et le bien-être, un consensus relatif se dégage concernant les contours du tourisme médical. Étant donné que la recherche se focalise principalement sur le tourisme médical, il sera suffisant de mentionner brièvement cette confusion conceptuelle.

2.1.2.1. Tourisme thermal, spa et le bien-être

Les activités touristiques liées à l'utilisation de l'eau à des fins médicales, de bien-être ou de détente se sont considérablement développées au fil des années, créant ainsi plusieurs sous-catégories en fonction des types de traitements, des installations et des méthodes utilisées. Voici quelques-unes des sous-catégories courantes au sein de ces pratiques.⁴⁰

La crénothérapie (Thermalisme) : Le tourisme thermal est le fait de visiter des destinations offrant des sources d'eau riches en minéraux et réputées comme ayant des propriétés curatives, permettant ainsi aux visiteurs de profiter de bains chauds et de soins thermaux dans le but d'améliorer leur santé, leur bien-être et leur relaxation. On trouve donc ces cures uniquement près de ces sources d'eau thermale.

³⁸ Hacı Ömer TONTUŞ, op. cit., p. 17.

³⁹ Enginer BİRDAL (éd.), **Medikal Turizm Araştırması 2011**, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011, pp. 22-25.

⁴⁰ Esra USLU, « Termal turizm ve SPA wellness turizmi » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020, pp. 89-128.

La frontière entre le thermalisme et le tourisme médical est parfois très fine puisque les médecins prescrivent aussi des cures thermales pour des affections médicales telles que les maladies rhumatismales, respiratoires, dermatologiques, etc. En effet, ces prescriptions peuvent inclure des traitements spécifiques comme des bains dans des sources thermales, des inhalations, des cataplasmes thermaux mais aussi des exercices de kinésithérapie et des traitements physiothérapeutiques effectués dans un contexte thermal pour la réhabilitation.

Thalassothérapie : La thalassothérapie est une pratique de bien-être utilisant les propriétés curatives de l'eau de mer et les éléments marins à des fins médicales, de relaxation ou de beauté. Cette pratique thérapeutique a généralement lieu dans les stations balnéaires, où l'eau chaude de la mer est utilisée dans une gamme de traitements variées.

Il ne s'agit pas seulement de tirer profit de l'eau de mer, mais aussi des divers bienfaits du milieu marin, comme son climat, ses boues marines, ses algues, son sable et d'autres éléments dérivés de la mer. Les soins de thalassothérapie regroupent de nombreuses formules : bains à l'eau de mer chauffée, enveloppements corporels aux algues, massages à l'eau de mer ou à la boue marine, douches à jets d'eau et autres soins utilisant les propriétés bienfaisantes des minéraux et oligo-éléments marins. Le but de la thalassothérapie est d'améliorer la circulation sanguine, d'atténuer les tensions musculaires, de rajeunir la peau et de favoriser la relaxation et le bien-être général à travers d'autres exercices physiques pratiqués avec l'eau de mer.

Balnéothérapie : Quant aux centres de balnéothérapie, ces établissements proposent des soins similaires à la thalassothérapie, mais en utilisant l'eau courante, autrement dit l'eau du robinet. Par conséquent, la contrainte géographique n'a pas d'impact sur la balnéothérapie, puisque sa pratique n'est pas exclusivement limitée aux rives côtières ou bien aux zones de source thermale.

En fin de compte, qu'il s'agisse de crénothérapie, de thalassothérapie ou de balnéothérapie, l'utilisation de l'eau comme moyen de prévention ou pour agir en curatif est le point essentiel des thérapies. La principale différence réside dans la

source aquatique spécifique utilisée : eau de source minérale pour le thermalisme, eau de mer pour la thalassothérapie et eau courante pour la balnéothérapie. Toutes ces pratiques basées sur les bienfaits de l'eau sont collectivement appelées « hydrothérapie »⁴¹.

Il convient de mentionner que les types de traitements peuvent différer d'un centre à l'autre, en fonction de leurs installations spécifiques, de leurs objectifs thérapeutiques et de leur approche commerciale. Effectivement, en raison de la demande croissante des prestations de bien-être, de nouvelles pratiques émergent. En réponse à la large gamme de services proposés par les centres de bien-être et les SPA, des centres d'hydrothérapie ont introduit des bains plus divertissant en mettant l'accent sur la promotion d'une atmosphère conviviale et détendue.⁴²

Dans ce contexte, il serait utile d'ouvrir une parenthèse à la notion de **SPA** et des activités qui y sont associées, afin de différencier efficacement l'hydrothérapie des autres activités qui ne relèvent pas nécessairement du tourisme de santé.

Il n'existe actuellement aucune explication universellement acceptée sur l'origine du mot SPA. Certains pensent qu'il pourrait être dérivé de l'acronyme *Sanitas Per Aqua*, expression latine qui se traduit par « la santé par l'eau ». Cependant, pour d'autres, cette explication n'est rien d'autre qu'un rétro-acronyme qui s'appuierait sur le nom de la ville belge Spa, réputée pour ses stations thermales.⁴³

Quelle que soit l'origine étymologique du concept, le qualificatif SPA est couramment utilisé pour décrire l'incorporation du luxe aux soins d'hydrothérapie. Dans la pratique, il existe évidemment des SPAs et centres de bien-être proposant uniquement des soins secs tels que les massages, Nuad Bo Lann, modelage, soins du visage et du corps mais pour pouvoir bénéficier de la qualification curative d'hydrothérapie ils s'efforcent à inclure dans leur centre au moins un composant aquatique comme les hammam-sauna, jacuzzi et autres bains bouillonnants.

⁴¹ Esra USLU, **op. cit.**

⁴² Caroline MARCOUX, « Le tourisme médical de bien-être et de beauté. Un marché porteur qui peine à se développer en France », **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 66-69.

⁴³ FAKTOIDER, **SPA**, (sd), consulté le 28 janvier 2024 sur www.faktoider.nu/spa_eng.html.

Des thermes romains aux SPAs modernes : Les centres d'hydrothérapie se permettent de proposer d'innombrables techniques, parmi lesquelles on peut citer les plus connues comme la phytothérapie, l'ostéopathie, l'acupuncture, l'alchimie et les méthodes médicales traditionnelles orientales : chinoises, indiennes (ayurvédique) ou japonaises (reiki). Outre la diversification des prestations, on observe également un enrichissement spatial comme l'aménagement des espaces romains, amérindiens ou tibétains ou encore les méthodes de guérison appliquées dans les bains indo-romains, aztèques et même des bains de pamplemousse.⁴⁴

La phytothérapie et l'aromathérapie sont souvent associées à l'hydrothérapie par l'ajout des extraits de plantes médicinales, d'huiles essentielles à l'eau de traitement ou bien par l'utilisation d'autres éléments comme le vinaigre de cidre de pomme ou le sel d'Epsom.⁴⁵

Par ailleurs, la recherche d'un épanouissement intérieur dans le respect de son environnement a donné naissance à diverses activités associées au bien-être. Ainsi, certains centres ont pris l'initiative d'enrichir leurs services et de favoriser un environnement serein en combinant leurs cures avec des séances de Yoga, d'autres en proposant des soins à base de produits naturels frais et bio, des soins anti-âge, d'amincissement, ainsi que des pratiques telles que la méditation, la sophrologie, l'acupuncture, la somato-psychopédagogie et l'ostéopathie.

Si ces activités innovantes permettent aux stations d'hydrothérapie d'adapter et d'étendre leurs services de bien-être à une clientèle plus large, des inquiétudes subsistent quant à l'impact potentiel sur les qualités thérapeutiques et curatives de ces établissements.⁴⁶

Tourisme de santé à travers la médecine non conventionnelle : La médecine non conventionnelle, appelée également médecine traditionnelle, médecine alternative ou bien médecine complémentaire est aussi une attraction pour les touristes de santé. Cependant, étant donné que leur validité n'est pas reconnue ou

⁴⁴ Caroline MARCOUX, **op. cit.**

⁴⁵ MEDOUCINE, **Hydrothérapie**, (s.d.) consulté le 2 février 2024 sur www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=hydrotherapie_th.

⁴⁶ Nolwenn TUAL DEQUERCADEC, Le thermalisme français. Chronique d'une mort annoncée ou secteur d'avenir ?, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 70-77.

n'est que partiellement reconnue, et que leur efficacité se limite souvent à l'effet placebo, il semble approprié de classer le tourisme lié à ces pratiques thérapeutiques dans le domaine du tourisme de bien-être, plutôt que du tourisme médical.⁴⁷

Les pratiques de les plus réputées en Turquie sont l'ichtyothérapie, l'hirudothérapie, l'apithérapie, l'ozonothérapie, la mésothérapie, la ventousothérapie, la spéléothérapie et l'halothérapie.⁴⁸

2.1.2.2. Tourisme gériatrique

Qu'il soit appelé tourisme senior, tourisme de retraite, tourisme silver ou tourisme du troisième âge, il s'agit du même concept du tourisme de santé consistant à offrir des voyages adaptés aux personnes d'une certaine tranche d'âge, en tenant compte des aspects tels que la santé, le confort et les activités de loisirs spécialement conçus pour répondre aux besoins et aux préférences des personnes âgées. Comme son nom l'indique, le tourisme gériatrique englobe les activités du tourisme de santé traitant les problèmes de santé, les maladies, la vie sociale, la qualité de vie, l'humeur, les problèmes cognitifs, les pratiques de médecine préventive et le processus de vieillissement des personnes âgées. Il peut être défini comme le fait de voyager dans le but de protéger la santé des personnes âgées contre les maladies liées à l'âge.⁴⁹

Malgré l'apparente simplicité de définition du concept, déterminer les limites de la population concernée est une tâche difficile. Il est communément admis que le tourisme gériatrique concerne les personnes de plus de 65 ans ou celles qui ont pris leur retraite professionnelle. Cependant, en raison des variations de l'âge de la retraite entre les différents pays et groupes professionnels, et des mises à jour constantes effectuées par les organisations de santé comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) concernant les classifications par tranches d'âge dans la pyramide d'âge, il est difficile d'établir une portée claire pour ce concept.⁵⁰

⁴⁷ TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU « Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Sağlık Uygulamaları (GATSU) Bildirgesi », *Hekim Sözü*, 21, mai/juin 2022, pp. 38-39.

⁴⁸ Saadet Pınar TEMİZKAN, *Sağlık Turizmi*, Ankara : Detay Yayıncılık, 2015, pp. 53-54.

⁴⁹ Hacı Ömer TONTUŞ, *op. cit.*, 40-42.

⁵⁰ Feray BUCAK, « Yaşlı Turizmi » dans *Sağlık Turizmi* (éd. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020, p. 138.

Les maladies les plus fréquentes chez les personnes âgées sont généralement non transmissibles mais de nature chronique, nécessitant des soins de longue durée. Ces affections comprennent les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires. Par conséquent, le champ d'application du tourisme gériatrique englobe les soins de rééducation et de physiothérapie, les thérapies thermales, ainsi que les voyages organisés spécialisés, destinés aux personnes âgées ou handicapées résidant dans des maisons de retraite.⁵¹

Comparé à d'autres formes de tourisme de santé, le tourisme gériatrique en est encore à ses balbutiements. Cependant, compte tenu de la croissance démographique des personnes âgées et du caractère coûteux des services de leurs soins, en particulier dans les pays développés, le tourisme gériatrique semble receler un grand intérêt dans les pays sous-développés qui ont le potentiel d'offrir ces services de soins avec un avantage de prix plus intéressant.⁵²

2.1.2.3. Tourisme médical

Étant donné que la recherche se concentre principalement sur le tourisme médical et que plusieurs de ses aspects sont déjà largement abordés dans d'autres chapitres de ce mémoire, il serait redondant de répéter ces informations ici. Toutefois, l'inclusion de cette rubrique dans le présent chapitre est jugée essentielle pour assurer une compréhension adéquate de son positionnement catégoriel.

2.2. Évolution historique

L'évolution historique du tourisme médical est essentielle pour comprendre ce secteur complexe et ambivalent. Bien que cette recherche se concentre principalement sur la dernière vague du tourisme médical, survenue principalement depuis les années 1990, et particulièrement son expansion depuis 2010, il est nécessaire de contextualiser le sujet en incluant une étude du tourisme de santé depuis les Sumériens jusqu'à l'ouverture des hôpitaux de haut standing. Il convient de préciser que, bien que l'approche méthodologique de ce chapitre soit généraliste, des

⁵¹ Merih YURTKURAN et al., « Balneotherapy and tap water therapy in the treatment of knee osteoarthritis », *Rheumatology international*, 27(1), 2006, pp. 19-27.

⁵² Şevket YİRİK, Remziye EKİCİ et Furkan BALTACI, *Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi (Medikal Turizm)*, Ankara : Detay Yayınları, 2015, pp. 18-19.

exemples relatifs à la Turquie seront cités pour mieux situer le contexte de la recherche.

Le tourisme médical, qui est le fait de voyager dans un autre pays pour se faire soigner ne devrait pas être considéré comme un nouveau procédé, mais plutôt comme une continuation d'une pratique commencée il y a des milliers d'années. En effet, la pratique du voyage dans le but de recevoir des soins de santé remonte aux tout débuts de la civilisation humaine.

Malgré le manque de consensus dans la littérature relatif à la catégorisation de l'évolution historique du tourisme de santé, plusieurs études la divise en cinq sous-périodes :

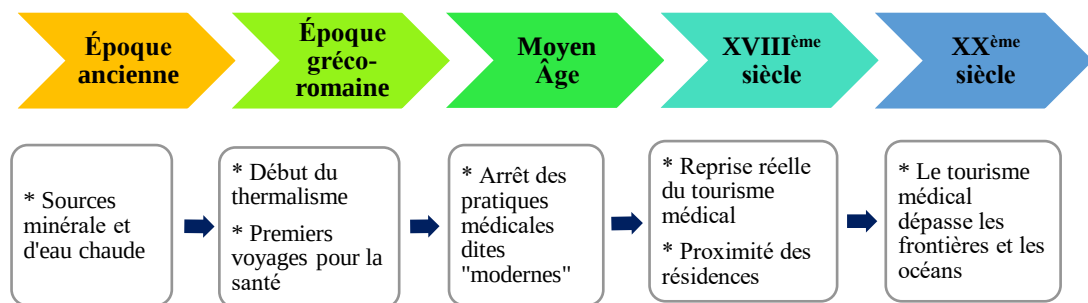


Figure 2.2: Frise chronologique du tourisme médical

Source : Adapté par l'auteur depuis Loick MENVIELLE & William MENVIELLE, « Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager », *Téoros*, 29(I), 2010, p. 110.

Afin de renforcer la pertinence de cette recherche, une synthèse des différentes approches historiques sera adoptée en fusionnant les deux premières catégories de cette frise sous un titre commun, de même que les deux catégories suivantes. La dernière catégorie sera quant à elle divisée en deux parties distinctes.

2.2.1. Origines du tourisme médical

Bien que la plupart des études sur l'histoire du tourisme médical ancre l'historicité du concept au IV^{ème} siècle avant JC à Épidaure, on peut se permettre de la remonter beaucoup plus loin dans le temps, à une époque contemporaine à l'avènement de l'écriture. En effet, dans l'espoir de recevoir une guérison via les divinités guérisseuses, les anciens Mésopotamiens ayant effectué des voyages vers

le « temple de l'œil » sumérien à Tell Brak situé dans l'actuelle Syrie sont cités par des chercheurs comme étant les pionniers du tourisme de santé. Ainsi, en plus de leurs contributions significatives à l'établissement des premiers États et de leurs systèmes de gouvernance sophistiqués, les Sumériens sont considérés comme les protagonistes du tourisme de santé apparu durant les derniers siècles de la période d'Uruk (3350 av. J.-C.).⁵³

En commençant par la période sumérienne avec la mise en place d'établissement de santé construits autour des sources d'eau chaude jusqu'à la Renaissance, le caractéristique déterminant du tourisme de santé de cette première période est qu'il s'effectua généralement dans des endroits spirituellement chargés et/ou qu'il soit principalement lié à l'eau.⁵⁴

De leur côté, les Hittites, civilisation pionnière de l'Anatolie (1650 - 1200 avant JC) accordaient une importance significative au domaine de la médecine, comme en témoignent diverses sources historiques. Des références à de nombreux médecins estimés qui ont servi le peuple avec diligence trouvent leur place dans les tablettes hittites. Les noms de guérisseurs renommés tels que Hutupi et Akiya possédants une expertise remarquable et chargés du bien-être des courtisans, sont explicitement mentionnés dans ces archives archéologiques.⁵⁵

Quant aux services de santé transfrontaliers, les Hittites avaient plutôt recours au déplacement des médecins qu'aux flux des patients. En effet, en plus des médecins hittites, les noms de médecins étrangers tels que Zarpiya, Tuwatta-ziti, Pariamahu et Lurma etc. sont également mentionnés dans les archives de l'État Hittite. Les Hittites tenaient ces médecins étrangers en haute estime, soulignant leur importance. Par exemple, des récits historiques révèlent que le roi Hattusili III avait sollicité l'expertise de médecins égyptiens pour soigner ses propres maladies, ainsi que celles de sa sœur Matanazi et de son neveu Kurunta, le roi de Tarhuntassa. En outre, il est

⁵³ Cüneyt TOKMAK, « Termal Turizm » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Saadet Pınar TEMİZKAN), Ankara : Detay Yayıncılık, 2015, pp. 39-40.

⁵⁴ Kadriye SÖNMEZ et al., « Sağlık turizminde insan kaynakları yönetimi » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020, p. 518.

⁵⁵ Gaye ŞAHİNBAŞ ERGİNÖZ, Hitit dönemi Anadolu'sunda tıbbî faaliyetler, **Anadolu Tıbbi Dergisi**, 1(1), 2022, pp. 1-11.

documenté que des médecins ont été envoyés dans d'autres pays à la demande des souverains Hittites.⁵⁶

Dans la Grèce Antique les « Asklépiéion » temple dédié à Asclépios (Esculape), divinité grecque de la guérison, étaient le point de rencontre du tourisme médical. Grâce à leurs sources thermales revigorantes, ces sanctuaires érigés à partir du IV^{ème} siècle avant JC offraient un réconfort à ceux qui cherchaient à guérir leurs maladies et à retrouver l'énergie dont ils rêvaient.

Environ 300 de ces sites de guérison sont identifiés de nos jours. Les plus célèbres étaient l'Asklépiéion de Trikala, d'Épidaure, de Kos où Hippocrate aurait appris la médecine, d'Athènes et enfin celui de Pergame dans la Turquie actuelle où Galien, médecin personnel de l'empereur romain Marc Aurèle aurait étudié la médecine.⁵⁷

L'Asklépiéion d'Épidaure dans le Péloponnèse est traditionnellement considéré comme le berceau d'Asclépios. Outre le sanctuaire d'Asclépios, Épidaure disposait d'un centre d'accueil et une installation d'hôtellerie répartie sur deux étages abritant 160 chambres. De plus, des vastes salles à manger pour se restaurer, un stade, un théâtre et des sources thermales étaient accessible à proximité de cette petite ville. Il existait surtout un centre de soins connu sous le nom d'enkoimeterion. À leur arrivée, les visiteurs passaient leur première nuit ici dans l'espoir de faire le rêve prodigieux qui leur dévoilerait la solution thérapeutique à leurs maux.⁵⁸

Bien que, stricto sensu, il soit difficile de considérer ces pratiques comme « médicinales » en raison de leur différence avec les conceptions modernes du traitement médical, elles relèvent néanmoins du registre du tourisme médical, car tous les aspects du tourisme de santé y sont présents. S'il peut être tentant de catégoriser ces voyages dans le tourisme religieux en raison de leur essence divin et sanctifiée, il est indéniable qu'ils englobent aussi toutes les qualifications requises du

⁵⁶ **Ibid.**

⁵⁷ Serikpa Georges LOHORE, **Tourisme et santé, mise en production des territoires par le tourisme médical**, thèse de doctorat, Université de Perpignan, 2018, pp. 40-41.

⁵⁸ Jamil BENABDALLAH et Joseph TOMATIS, Le tourisme médical dans les pays du Golfe. Un marché prometteur mais très concurrentiel, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 27-33.

tourisme de santé. En effet, de la même manière que les activités du tourisme médical contemporain peuvent se permettre d'être jumelé avec des activités de tourisme conventionnel, il ne doit pas être exclu que dans l'Antiquité il était plutôt question de combiner les pratiques religieuses avec les soins de santé.

À partir des exemples énumérés, tels que les pratiques sumériennes, hittites et de la Grèce antique, il serait erroné de conclure que l'histoire du tourisme de santé s'est exclusivement développée dans le bloc continental eurasiatique. En effet, bien que la vision eurocentrique de la littérature puisse conduire à des réflexions biaisées, il est important de noter que des pratiques de tourisme de santé existaient également dans des régions du monde plus éloignées.

Dans l'Antiquité indienne, les textes sacrés « Vedas », en particulier l'Ayurveda, contenaient des informations médicales documentant les maladies, les prescriptions médicales et les procédures chirurgicales. La civilisation indienne, comptait déjà dix-sept hôpitaux en 226 av. J.-C. où les patients étaient hospitalisés dans des conditions hygiéniques et où on leur fournissait les médicaments, des fruits et légumes frais et des soins adaptés, mais aussi des massages thérapeutiques. Ainsi des patients de tous horizons se rendaient dans ces hôpitaux où ils étaient chaleureusement accueillis quelle que soit leur situation financière.⁵⁹ Encore plus loin que l'Inde, dès le Néolithique et donc contemporains aux Hittites, les Bantous et les pygmées auraient développés des soins dits « traditionnels » et les patients des pays voisins parcouraient de longue distance pour profiter de ces pratiques ancestrales.⁶⁰

2.2.2. De l'époque médiévale à l'ère moderne

Le tourisme médical, de l'ère médiévale à l'époque moderne, est marqué par une prédominance des pratiques thermales, mais il présente également une diversité de méthodes de soins. Pour en saisir pleinement les évolutions et les nuances, cette période sera divisée en deux parties distinctes. Cette séparation permet de mieux

⁵⁹ Hacı Ömer TONTUŞ, *op. cit.*, pp. 10-11.

⁶⁰ Olamba BATU, Le tourisme médical comme moyen de renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo (RDC), *The Journal of Corporate Governance and International Relations*, 1(1), 2021, pp. 169-181.

comprendre et analyser les différentes dynamiques qui ont façonné le tourisme médical à travers les siècles.

2.2.2.1. La période romaine et la prépondérance du thermalisme

S'il est vrai que des médecins tels que Soranus, Celsus, Dioskoridès et Galien ont produit d'importants travaux médicaux au cours de la période romaine, la littérature dominante soutient que les Romains n'ont pas contribué de manière significative au domaine de la médecine. Cependant, il convient de noter que les riches citoyens romains cherchant des traitements efficaces pour leurs maladies, voyageaient de plus en plus dans les lieux où résidaient ces médecins célèbres grâce à l'établissement du « pax Romana » et aux améliorations des voies et des moyens de transport. Ils s'engageaient ainsi activement dans la pratique historique du tourisme de santé, les considérant comme des précurseurs dans ce domaine.⁶¹

Par ailleurs, au cours de cette période, les sources d'eau chaudes deviennent des établissements de santé privilégiés et renforcent encore plus leur caractère de « tourisme » de santé en devenant des centres de rencontre commerciaux et sociaux principalement pour la noblesse.⁶²

L'abandon du thermalisme à partir du III^{ème} siècle a été une conséquence naturelle pour l'Empire romain confronté à diverses difficultés, notamment économique, épidémique, religieuse et militaire. De plus, à mesure que le christianisme gagnait en importance, une culture de pudeur fut imposée, ce qui a également contribué à l'abandon de l'hydrothérapie ancienne. Cependant, avec la Renaissance, on assiste à une résurgence progressive du thermalisme, donnant naissance aux pratiques des SPA modernes. En 1604, Henri IV de France introduit la première Charte des Eaux Minérales, contribuant ainsi au regain des pratiques anciennes.⁶³

Au cours du XVIII^{ème} siècle, le thermalisme connaît des progrès significatifs en Europe, notamment en Grande-Bretagne. C'est ainsi que des destinations

⁶¹ Hacı Ömer TONTUŞ, *op. cit.*, 3-5.

⁶² Nolwenn TUAL DEQUERCADEC, *op. cit.*, 71.

⁶³ *Ibid.*

thermales de premier plan voient le jour comme Baden Baden, qui reste aujourd'hui encore un centre thermal important en raison de ses installations thermales exceptionnelles.⁶⁴ C'est à partir des années 1850 que le thermalisme français connaît un essor important avec Aix-les-Bains, première station thermique du pays. Même si une période de déclin se fait ressentir à l'approche et pendant la Première Guerre mondiale, le thermalisme connaît un regain de popularité après la Guerre. Cependant, en raison des défis économiques et sociaux des années 1930, le thermalisme entre de nouveau à une ère de ralentissement.⁶⁵

2.2.2.2. Le « grand tour » et les sanatoriums

Avant que le microbiologiste Louis Pasteur n'ait démontré à travers sa théorie pathogénique que les bactéries étaient à l'origine de la plupart des maladies infectieuses, la croyance dominante était que la maladie provenait principalement d'un environnement défavorable. Par conséquent, changer son environnement était considéré comme un moyen d'échapper à la maladie et, bien sûr, aux épidémies.⁶⁶

Le naissance même du concept du « tourisme » trouve son origine dans les voyages associés au « Grand Tour » et aux voyages pour une meilleure santé. Le discours médical qui s'est développé au XIX^{ème} siècle prônait les bienfaits des environnements naturels s'accompagnant ainsi d'un rejet de la ville et de ses miasmes. En effet, les médecins louaient les bienfaits de la nature, de l'air pur, de l'air marin ou alpin, de l'eau, etc. À la même période, le tourisme hivernal est apparu comme un moyen de retrouver un climat plus doux et de profiter des effets positifs de l'air marin et des soins de thermothérapie sur la santé.⁶⁷

C'est dans un tel contexte et surtout grâce aux études du médecin allemand Brehmer ayant constaté que les régions montagneuses étaient relativement épargnées de la tuberculose en raison de leur altitude réduisant la pression atmosphérique que les sanatoriums se développèrent en Europe. Ces établissements avaient comme

⁶⁴ Jamil BENABDALLAH et Joseph TOMATIS, *op. cit.*, 27-34.

⁶⁵ Nolwenn TUAL DEQUERCADEC, *op. cit.*, 71-72.

⁶⁶ Yves-Marie EVANNO et Johan VINCENT, *Tourisme et crises sanitaires mondiales dans l'Histoire : véritablement un impensé ?*, **Mondes du Tourisme** [En ligne], (20), mis en ligne le 15 décembre 2021, consulté le 10 février 2024, DOI : <https://doi.org/10.4000/tourisme.3795>

⁶⁷ Sébastien FLEURET, *op. cit.*, 1.

ambition d'offrir aux patients un environnement thérapeutique axé sur le repos en plein air et une alimentation équilibrée. L'objectif était d'offrir aux patients un endroit aéré, ensoleillé et protégé du vent. Par conséquent, une forme de tourisme médicale se développa dans les sanatoriums.⁶⁸

Ainsi, les tuberculeux se rendaient principalement aux sanatoriums de Suisse et les malades en rhumatisme en Italie. Les destinations de haute altitude, comme Davos ou Leysin en Suisse, deviennent des lieux de soins, et même après la découverte que l'altitude n'était pas le seul déterminant de la guérison, le succès de ces lieux en tant que destination de santé se poursuivra.⁶⁹

Construits un peu partout en Europe, le succès des sanatoriums ne passe pas inaperçu pour les Turcs. En effet, souffrant d'une maladie rénale⁷⁰, le fondateur de la République de Turquie Mustafa Kemal quittait Istanbul le 25 mai 1918 afin de se rendre en Europe pour une durée d'environ deux mois. Ainsi, il sera soigné sous la supervision du professeur Zuckerkandl au Cottage Sanatorium de Vienne mais aussi à Karlsbad où il sera suivi par le Dr. Vermer. Sans doute satisfait des soins qu'il avait reçus, il fera soigner ses proches comme Madame Fikriye en 1922 au Sanatorium de Munich qui souffrait de la tuberculose et en 1929 sa fille adoptive Sabiha Gökçen qui se rendra au sanatorium de Vienne.⁷¹

Bien que la théorie de Brehmer se soit par la suite révélée erronée, la valeur thérapeutique du climat de haute altitude n'a pas été discréditée puisque les bienfaits climatiques ont été habilement convertis en une aseptie bactériologique qui semblait être propre aux lieux isolés de haute mer ou de montagne, réservé principalement comme privilège aux malades riches des pays développés. Toutefois, vers les années 1940 et surtout avec le déclenchement de la II^{ème} Guerre mondiale, les sanatoriums perdirent leur importance. Après la guerre, ils deviennent obsolètes avec l'avènement

⁶⁸ Geneviève HELLER, Leysin et son passe médical, *Swiss Journal of the history of medicine and sciences*, Gesnerus 47, 1990, pp. 329-344.

⁶⁹ Sébastien FLEURET, *op. cit.*, 22.

⁷⁰ Selon Eren AKÇİÇEK il s'agirait d'une pyélonéphrite aiguë. Eren AKÇİÇEK, *Atatürk'ün sağlığı, hastalıkları ve ölümü*, thèse de doctorat, İstanbul Üniversitesi, 2000, p. 144.

⁷¹ Utkan KOCATÜRK, *Doğumundan Ölümüne Kadar Kaynakçalı Atatürk Günlüğü*, Atatürk Araştırma Merkezi, 2007, pp. 106, 327 et 419.

des blocs opératoires modernes. Les sanatoriums disparaissent complètement après la découverte de l'antibiotique antituberculeux « Streptomycine ».⁷²

2.2.3. Tourisme médical « classique » de l'époque contemporaine

Bennett Pafford regroupe les différentes activités de tourisme médical allant de l'Antiquité jusqu'à la moitié du XX^{ème} siècle sous l'appellation de la première vague du tourisme médical. Ensuite, il qualifie les voyages des patients en provenance des pays sous-développés où les institutions fournissant des services de santé ne sont pas en nombre et en qualité suffisantes vers les pays développée où les services de santé ont une qualité relativement élevée comme étant le tourisme médical de 2^{ème} vague.⁷³

Autrement dit, cette 2^{ème} vague de tourisme médical fait référence au choix fait par des patients aisés des pays en développement pour se faire soigner dans un environnement plus agréable et plus sécurisé, afin d'accéder à des services médicaux de premier ordre.

Toujours pour rester dans le contexte de la Turquie, les traitements médicaux reçus par des personnalités telles que Cemal Gürsel, Turgut Özal, le célèbre industriel Vehbi Koç et les politiciens comme Erdal İnönü, Dengir Mir Mehmet Fırat et Kemal Unakıtan sont d'excellent exemple de cette pratique. Dans cette 2^{ème} vague du tourisme médical, la Turquie a été majoritairement un pays émetteur de patient, même si cette tendance s'est progressivement inversée grâce aux progrès survenu dans la médecine locale, positionnant la Turquie comme avant tout un pays accueillant des patients.

Le célèbre industriel Vehbi Koç profitait de son voyage d'affaires aux États-Unis pour effectuer des visites médicales en 1946 à l'hôpital Ford et à la célèbre clinique Mayo de Chicago. En 1966, ça sera Cemal Gürsel, 4^{ème} président de la République, qui se rendra aux États-Unis pour se faire soigner. Bien que ces voyages soient considérés comme des cas isolés, la contribution de Turgut Özal, 9^{ème} président de la République, à populariser les soins médicaux à l'étranger est indéniable. Avant

⁷² Sébastien FLEURET, *op. cit.*

⁷³ Bennett PAFFORD, The third wave--medical tourism in the 21st century, *Southern Medical Journal*, 102(8), Août 2009, pp. 810-813, DOI : <https://doi.org/10.1097/smj.0b013e3181aa8ce4>

même d'entrer en politique, Özal s'était rendu à Houston pour subir des opérations de perte de poids. Puis, au cours de son mandat entre 1985 et 1992, il subira quatre opérations à l'hôpital méthodiste de Houston.⁷⁴

Les visites médicales d'Özal à Houston, ayant reçu une attention médiatique considérable, avaient naturellement éveillé la curiosité du public et conduit une augmentation du nombre de Turcs aisés cherchant à se faire soigner à l'étranger. Il ne serait donc pas exagéré de reconnaître Turgut Özal comme le pionnier de la massification en Turquie du « traitement médical à l'étranger », à tel point que dans les années 90, l'hôpital méthodiste de Houston où Özal avait subi une intervention chirurgicale, aurait commencé à embaucher des médecins, des infirmières et des agents de relations publiques turcs pour améliorer la communication avec les patients venant de Turquie.⁷⁵

Dengir Mir Mehmet Firat, député et vice-président de l'AKP, s'était rendu aux États-Unis en 2003 pour subir une opération de la prostate. Lorsque sa maladie récidive un an plus tard, il contacte immédiatement la clinique pour obtenir de l'aide. Cependant, ses médecins lui suggèrent de consulter le Dr Derya Balbay, qui effectua cette deuxième opération à l'hôpital de recherche Atatürk d'Ankara.⁷⁶

Si cette anecdote est révélatrice du changement de cap de la Turquie en matière de tourisme médical, il faudra peut-être encore un peu de patience pour que la tendance s'inverse complètement, en particulier pour des procédures plus graves comme celle que subira l'ancien Premier ministre Erdal İnönü. Cet éminent politicien, avait bénéficié en 2006 d'un traitement contre la leucémie aux États-Unis. À son retour en Turquie un an plus tard, alors qu'il souffrait d'une forte fièvre, il s'est d'abord fait soigner à Istanbul puis il partira à nouveau aux États-Unis chez M.D. Anderson Cancer Hospital de Houston, pour recevoir un traitement d'environ trois mois, où il accepte de recevoir un traitement en phase d'expérimentation. À la suite de ces traitements, İnönü retourna au pays mais doit à nouveau être hospitalisé à

⁷⁴ Ömer ÇAKKAL, Mazide kalan bir şarkı: Beni Türk hekimlerine emanet edin!, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*, (11), juin 2009, pp. 22-25.

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ *Ibid.*

Istanbul, avant de finalement retourner une dernière fois aux États-Unis, puisqu'il décèdera à Houston environs deux mois après son hospitalisation.

A la différence des traitements réservés à Turgut Özal, Dengir M. M. Firat ou Erdal İnönü, de longues controverses avaient eu lieu lorsque Kemal Unakıtan, ancien ministre des Finances, avait opté en février 2009 de suivre ses soins médicaux à Cleveland pour subir son pontage coronarien. L'hospitalisation d'Unakıtan aux États-Unis avait donné lieu à des vives polémiques pour plusieurs raisons. D'une part, le public avait perçu cette opération comme moins sensible que les cas mentionnés ci-dessus. D'autre part, le discours politique dominant plaidait fortement à travers le PTS en faveur des progrès du système de santé turc, en mettant en avant les exemples démontrant la réussite de la médecine en Turquie. En effet, Mehmet Ali Talat, président de la République turque de Chypre du Nord (RTCN), avait lui-même subi un pontage coronarien à l'hôpital Florence Nightingale d'Istanbul en 2006. De même, Sonay Adem, ministre du Travail et de la Sécurité sociale de la RTCN, avait reçu quatre nouveaux stents par angiographie à l'hôpital Memorial la même année. Alors qu'il était ministre des Affaires étrangères, Abdullah Gül, avait subi une opération de l'oreille interne à l'hôpital militaire GATA, lui aussi en 2006. L'année suivante, la mère du Premier ministre Recep Tayyip Erdogan s'est fait soigner à l'hôpital Medipol pour une fracture du poignet gauche et de sa colonne vertébrale.

La Turquie commençait même à recevoir d'éminentes personnalités du monde entier en tant que « touriste médical », comme le Premier ministre albanais Fatos Nano qui avait subi en 2003 une opération de la vésicule biliaire réalisée par le professeur Dursun Buğra à Istanbul. En 2011, c'était au tour d'Antoine Gambi, ministre des Affaires étrangères de la République centrafricaine, de se faire soigner en Turquie en consultant le Dr Pervin Uygur à Istanbul au sujet de ses problèmes de tension artérielle et de diabète.⁷⁷

Ces exemples venaient réconforter le discours dominant qui se traduisait à présenter la Turquie comme étant dorénavant un pays récepteur de tourisme médical plutôt qu'un simple émetteur, et c'est justement pour cette raison que l'opération du

⁷⁷ DÜNYA GÖZ, *Orta Afrika Cumhuriyeti Dışişleri Bakanı Antoine Gambi Dünyagöz'ü Ziyaret Etti, (s.d.)*, consulté le 12 décembre 2023 sur www.dunyagoz.com/tr/kurumsal/haberler/orta-afrika-cumhuriyeti-disisleri-bakani-antoine-gambi-dunyagozu-ziyaret-etti

Ministre Unakıtan était considérée comme un acte contradictoire allant à contre-courant. Cette opération médicale a tellement marqué les esprits que, quinze ans plus tard, au moment de la rédaction de ce mémoire, elle a été de nouveau médiatisée par le Président Erdoğan.⁷⁸

2.2.4. Le tourisme médical « néo-classique »

Ce que Bennett Pafford qualifie comme « 3^{ème} vague » du tourisme médical et d'autre comme « nouveau tourisme de santé » ou « voyage de santé néo-classique » a émergé au début des années 2.000 lorsque les personnes à revenu intermédiaire vivant dans les pays développés ont décidé de se rendre dans les pays en développement pour recevoir des services de santé. Si la principale motivation des touristes médicaux de la 2^{ème} vague était la recherche d'un traitement médical de qualité, pour cette 3^{ème} vague le facteur déterminant principal sera le prix.⁷⁹

En effet, les patients non assurés ou faiblement assurés dans les pays développés ont pu recevoir par ce type de tourisme médical des services de santé qu'ils ne pouvaient pas obtenir à un prix raisonnable et/ou assez rapidement dans leur propre pays. Par exemple, en raison des prix élevés dans le système de santé américain, il n'est pas possible pour les personnes à faible revenu qui n'ont pas de couverture d'assurance adapté de bénéficier localement des services de santé.

Un certain nombre de facteurs apparus dans les années 1990 ont contribué à la diffusion intense de cette 3^{ème} vague du tourisme médical. Cette propulsion est largement due à l'abordabilité du traitement, à la disponibilité accrue d'options de voyage à faible coût et à l'abondance d'informations disponibles en ligne. En plus d'encourager les individus à se faire soigner à l'étranger, ces évolutions incitent aussi les fournisseurs de soins de santé à s'intéresser au tourisme médical afin de réduire leurs coûts de cette manière.⁸⁰ A ce titre, déjà en 2017, il était estimé que 23 millions de patients voyageraient depuis les États-Unis dans différents pays pour dépenser

⁷⁸ KISA DALGA, Erdoğan şehir hastanesini överken Unakıtan'ı hatırlattı: Artık hastalarımızı Cleveland'a göndermeyin, Cleveland burada, mise en ligne le 15 avril 2023 et consulté le 15 février 2024 sur https://kisadalga.net/haber/detay/erdogan-sehir-hastanesini-overken-unatikani-hatirlatti-artik-hastalarinizi-clevelanda-gondermeyin-cleveland-burada_64714.

⁷⁹ Bennett PAFFORD, *op. cit.*

⁸⁰ Neil LUNT et al., *op. cit.*, 31.

79,5 milliards USD. Pour cette raison, la quasi-totalité des pays en développement s'efforcent d'avoir une part dans le tourisme de santé.⁸¹

2.2.5. Synthèse historique

Parmi les plusieurs fausses bonnes idées au sujet du tourisme médical, figure l'idée que la tendance des flux du tourisme médical se serait inversé. Les adeptes⁸² de cette vision prétendent qu'inversement au modèle traditionnel du tourisme médical où les patients relativement riches des pays sous-développés voyageaient vers les pays plus développés ayant plus d'équipement technologiques médicales, on observerait une croissance du flux des mouvement touristiques des patients des pays développés vers les pays en voie de développement ayant comme motivation principale thérapeutique que l'on peut qualifier de « mondialisation inversée ».

S'il y a une part de vérité dans cette approche, la réalité est plus complexe que cela. Au lieu d'évoquer une mondialisation « inversée », il est plus approprié de parler de diversification des tendances car, au vue des statistiques du tourisme médical, non seulement le modèle traditionnel dit « 2^{ème} vague » du tourisme médical perdure, mais en plus, la 3^{ème} vague du tourisme médical gagne en importance avec un taux de croissance à un rythme sans précédent. En outre, pour de nombreuses raisons les patients des pays sous-développés se rendent également dans d'autres pays sous-développés, créant ainsi un flux de tourisme médical Sud-Sud. Bien que minoritaires, le tourisme médical du type Nord-Nord ne doit pas non plus être négligé. Cette complexité des différentes tendances et flux sera démontrée dans la section 4.1.

⁸¹ Dilaver TENGİLİMOĞLU et Oğuz IŞIK (éd.), *Sağlık Turizmi Yönetimi*, İstanbul Üniversitesi AUZEF Yayınları, (s.d.), p. 300.

⁸² **Ibid.**

3. STRUCTURE ET DYNAMIQUE DU TOURISME MEDICAL

Avec un large éventail d'entreprises offrant une variété de services répondant aux besoins médicaux, aux exigences de transport et de l'hébergement, à la restauration, au divertissement et à d'autres offres supplémentaires, il est incontestable que le tourisme médical englobe désormais tous les éléments requis pour être reconnu comme une industrie à part entière.

C'est surtout avec l'essor de la 3^{ème} vague du tourisme médical que les variables comme l'offre et la demande structurées, le positionnement des intermédiaires, le fonctionnement financier et les politiques de ressources humaines se sont renforcés soulignant ainsi l'aspect industriel de ce phénomène. En effet, l'essence industrielle du tourisme médical est intimement liée au processus de production mis en œuvre avec la division du travail et la spécialisation des fonctions.

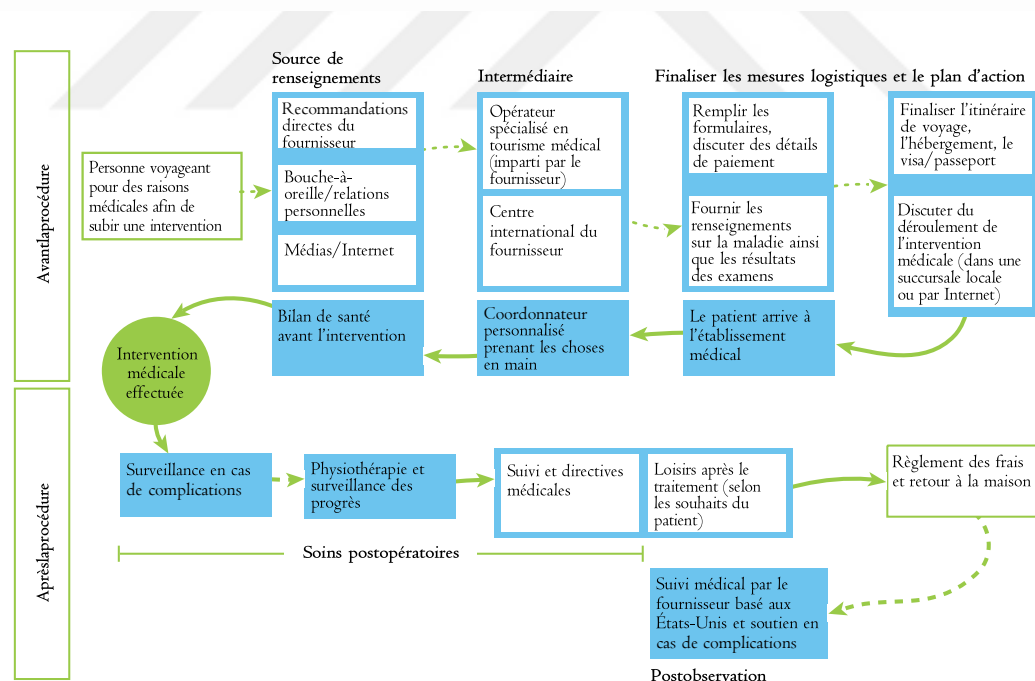


Figure 3.1: Parcours du patient en tourisme médical

Source: Paul H. KECKLEY, et Howard R. UNDERWOOD, Medical tourism: consumers in search of value, Washington DC : Deloitte Center for Health Solutions, 2008, p.11.

Puisque chaque industrie a ses propres caractéristiques, réglementations, acteurs clés et défis spécifiques, ce chapitre se consacrera tout d'abord au décryptage

des composants de l'industrie du tourisme médical. Ensuite, les déterminants de l'offre et la demande du tourisme médical et l'aspect qualitatif de cette industrie sera étudié. En dernier lieu, les aspects atypiques et innovante du tourisme médical seront examinés.

3.1. Composants de l'industrie du tourisme médical

Bien que les piliers fondamentaux de l'industrie du tourisme médical soient les transports, l'hébergement et surtout les services médicaux, son bon fonctionnement dépend de la collaboration harmonieuse entre divers secteurs, comprenant notamment la finance, les assurances, les agences intermédiaires, la logistique, la construction, la communication, l'éducation et les activités connexes.

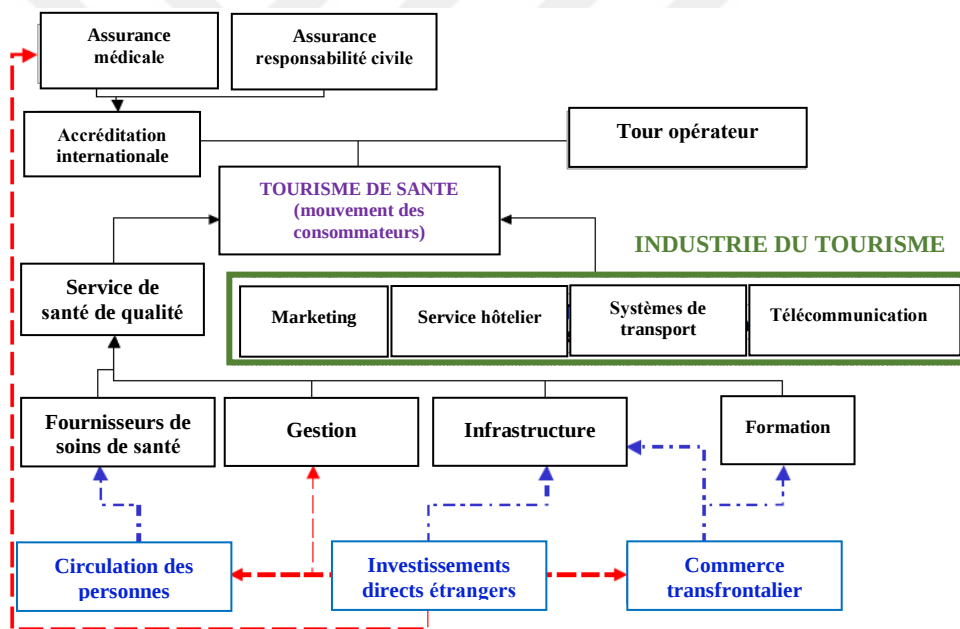


Figure 3.2: Rôle des acteurs du tourisme médical

Source: Anthony GONZALES, Logan BRENZEL et Jennifer SANCHO, **Health Tourism and Related Services, Caribbean Development and International Trade**, Final Report submitted to the Regional Negotiating Machinery (RNM), 2001, p. 47.

Plusieurs modèles typologiques existent au sujet de la présentation des acteurs de l'industrie du tourisme médical. L'étude commandé par l'Organisation de Coopération Islamique (OIC) à PWC a opté par exemple pour les présenter sous quatre chapitres.

Tableau 3.1: Acteurs principaux du tourisme médical

ACTEURS GOUVERNEMENTAUX - Le ministère de la Santé et ses organes connexes sont responsables de la réglementation et du maintien des normes dans le domaine de la santé. - Le Ministère du Tourisme et ses organismes sont responsables de la réglementation en collaboration avec le ministère de la Santé. - L'agence gouvernementale du Tourisme Médical est responsable de la coordination entre les ministères et les acteurs du secteur public tout en promouvant l'industrie du tourisme médical du pays.	SECTEUR PRIVÉ - Les hôpitaux et cliniques privés sont plus impliqués dans les activités de tourisme médical que les hôpitaux publics. - Afin de répondre pertinemment à leurs besoins, les agences intermédiaires accompagnent les patients pour trouver le meilleur prestataire de services médicaux. - Les acteurs liés au tourisme tels que les hôtels, les agences de voyage, les sociétés de transport, etc. jouent un rôle dans le développement de l'écosystème du tourisme médical.
Association / ONG - Les ONG aident à faire appliquer les normes internationales pour les services de santé dans les hôpitaux accueillant les patients internationaux. - Les associations visant à garantir les droits des patients jouent également un rôle dans l'application de la qualité des services. - Les associations font la promotion des activités et des institutions de tourisme médical du pays. Ainsi elles contribuent au développement de l'industrie.	INDIVIDUS (PATIENTS) - Les personnes qui préfèrent voyager pour leurs besoins médicaux par leur propre décision. - Les personnes qui sont encouragées à se rendre à une destination sur les conseils de leur famille et/ou de leurs amis. - Les personnes qui sont référées par leurs propres médecins pour recevoir des soins de santé dans une autre destination.
Source : COMCEC, Developing Medical Tourism in the OIC Member Countries, Comcec Coordination Office, September 2020, p. 64.	

Pour améliorer la clarté de l'analyse sectorielle, ce sous chapitre inclus l'analyse des principales parties prenantes, notamment les intermédiaires du tourisme médical, les hôpitaux spécialisés, l'hébergement hôtelier, les services de transport aérien, l'influence des plateformes en ligne et les assureurs maladie privés.

3.1.1. Intermédiaires

Les agences spécialisées du tourisme médical, ou tout simplement les courtiers sont des structures organisationnelles qui établissent une relation entre la demande et l'offre de soins à l'étranger, servant ainsi d'intermédiaire professionnel.

L'émergence du métier de courtage est une conséquence inévitable de l'évolution fulgurante du tourisme médical. Cela s'explique principalement par la nature complexe du secteur, dans la mesure où les patients cherchant à se faire soigner à l'étranger ressentent souvent le besoin d'être accompagné tout au long de leur démarche et doivent donc compter sur le soutien de ces intermédiaires.

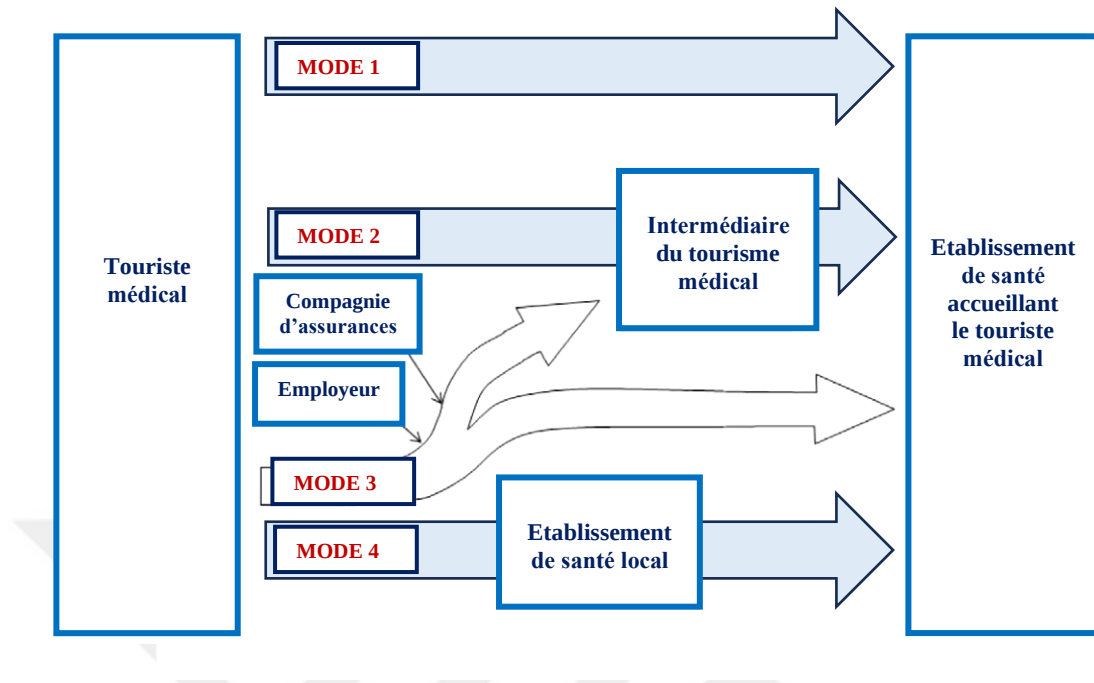


Figure 3.3: Modes de pratique du tourisme médical

Source: Lydia L. GAN et James R. FREDERICK, Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation, *Journal of Vacation Marketing*, 17(3), p. 166.

Le rôle primaire du courtier commence par fournir un premier conseil au patient en identifiant ses attentes et les traitements potentiels en de ses besoins et demandes spécifiques. Ils procèdent ensuite à suggérer les options disponibles. En principe, les patients sont orientés vers les établissements les plus adaptés à leur pathologie. Le suivi de la qualité des soins que va recevoir le patient est un devoir incontournable pour le courtier et selon son système rémunératif, il peut être amené à négocier les prix avec les prestataires au nom de son client.

En plus de ces tâches liées à la coordination médicale, le courtier se charge également des démarches bureaucratiques et supervise l'intégralité du voyage en commençant par la prise en charge dès l'arrivée du patient, jusqu'à son retour à l'aéroport, et même encore plus loin puisque certains traitements nécessitent plusieurs allers-retours. Par ailleurs, en cas de contrainte linguistique, le courtier s'occupe des services de traduction et la plupart du temps met à disposition du patient un interprète sur place, tout en proposant des activités touristiques pour le patient et le cas échéant, pour ses accompagnateurs.

Ainsi, le courtier peut suggérer des forfaits « tout inclus » comprenant principalement l'acte médical, l'hébergement, les transferts aéroportuaires et diverses activités de loisirs. L'idée est de proposer une offre de santé combinée avec des activités de soins personnels telles que des cours de yoga, des excursions, des activités sportives, du shopping, des visites de la ville et des musées, des activités d'écotourisme, des randonnées ou tout simplement de proposer de profiter de la plage. Etant donné que ces composants de l'industrie du tourisme se côtoient de plus en plus, la mise en œuvre de ces forfaits ne nécessite plus de grand effort puisque le tourisme de loisirs est désormais une partie intégrante du tourisme médical.⁸³

Ces activités gagnent en importance dans le choix des patients pour leur destination. Certaines de ces offres peuvent être assez impressionnantes, comme les forfaits appelés « scalpel-safari » en Afrique du Sud, « scalpel-oasis » au Maroc ou « lift-plage de sable fin » en Thaïlande. Profitant de l'afflux de pèlerins lors du Hajj et de la Omra, des forfaits combinant même le tourisme religieux et le tourisme médical sont développés, favorisant ainsi l'essor du tourisme médical en Arabie Saoudite. Ces efforts portent leurs fruits, puisque les cliniques privées de Djeddah font face à une forte demande en chirurgie de l'obésité, en chirurgie oculaire et en chirurgie pédiatrique en raison de cet afflux de pèlerins.⁸⁴

Le recours aux services des courtiers n'est pas unilatéral puisque les prestataires de services tels que les médecins, cliniques ou hôpitaux ont également un intérêt particulier à collaborer avec ces intermédiaires. En effet, la contribution du courtier au tourisme médical est d'une importance indéniable compte tenu de l'éthique stricte de la médecine qui ne voit pas d'un bon œil les efforts de marketing pour les médecins et établissements médicaux. Par conséquent, ce vide est souvent remplacé par les agences de tourisme médical, ce qui par ailleurs a le potentiel de créer des conflits d'intérêt entre les divers acteurs de l'industrie.⁸⁵

Il n'existe pas de pratique universellement acceptée ni de règle établie pour la rémunération des courtiers. Ces intermédiaires peuvent être rémunérés directement

⁸³ Sébastien FLEURET, *op. cit.* 185.

⁸⁴ Jamil BENABDALLAH et Joseph TOMATIS, *op. cit.*, 33.

⁸⁵ Un exemple de ce conflit d'intérêt a été révélé par la question parlementaire du député Roubaud Jean-Marc destinée au ministre de la Santé. Question N° 71144, publiée au JO le 26/07/2005, p. 7322. <https://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-71144QE.htm>

par les patients ou recevoir une commission des prestataires. La réglementation des courtiers varie selon les pays. Dans certains pays ils sont officiellement réglementés, tandis que dans d'autres, ils exercent librement. Parfois ils opèrent même clandestinement, ou bien en contournant la loi. C'est par exemple le cas en France, où les agences de voyages ne sont pas autorisées à se lancer dans le tourisme médical⁸⁶, tandis qu'en Turquie c'est tout le contraire, puisque les courtiers du tourisme médical doivent au préalable être établis en tant qu'agences de tourisme.⁸⁷

En effet, après avoir rempli les démarches nécessaires pour constituer une agence de voyage « classe A », les courtiers du tourisme médical turc doivent remplir certains critères de ressources humaine et créer des partenariats avec des prestataires de service médical en signant des contrats. Les courtiers travaillent sous le contrôle du ministère du Tourisme et de la Santé. Ainsi, un total de 1.143 agences de voyage spécialisées en tourisme médical sont officiellement reconnues en Turquie.⁸⁸ Par ailleurs, la création d'USHAŞ (cf. section 4.2.4.) engendre l'émergence d'un nouvel acteur public dans le milieu du courtage, démontrant une motivation à remodeler l'offre de ce service.

3.1.2. Hôpitaux spécialisés

Comme expliqué précédemment, les prestataires de soins de santé peuvent grandement bénéficier de la collaboration avec les courtiers du tourisme médical. Cela est particulièrement valable pour les prestataires de services qui ne se focalisent pas uniquement sur le tourisme médical. En effet, si la proportion des opérations pour touristes médicaux dans les opérations globales de l'établissement n'est pas suffisamment significative, la mise en place d'un service de courtage interne ne serait tout simplement pas rentable. Par conséquent, la pratique la plus rationnelle dans ce cas est de recourir naturellement à l'expertise des agences de tourisme médical.

⁸⁶ Laure ESNARD, Le boom de la chirurgie à prix réduit, *Téoros*, 24(3), 2005, p. 27.

⁸⁷ Règlement du ministère de la Santé au sujet du tourisme de santé international et la santé des touristes publié au journal officiel du 13 juillet 2017 et numéroté 30123.

⁸⁸ MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE (SHGM), *Sağlık turizmi yetki belgesi almaya hak kazanan aracı kuruluşlar*, mise en ligne le 10 mai 2024, consulté le 12.05.2024 sur <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-76665/yetkili-araci-kuruluslar.html>

Cependant, la situation inverse existe également, lorsque les hôpitaux et les cliniques prennent le contrôle total de leurs services de tourisme médical. À titre d'exemple, l'Hôpital International Bumrungrad (HIB) de Bangkok, qui génère 52 % de ses revenus grâce au tourisme médical. Ce pourcentage important a conduit l'hôpital à se développer verticalement en créant une agence de tourisme médical gérée en interne. HIB a construit une annexe avec un centre administratif pour le traitement des visas et a constitué une équipe d'interprètes pour offrir des soins personnalisés. Outre des partenariats occasionnels avec des agences de voyages pour l'organisation d'activités touristiques, l'hôpital a pris en charge la gestion de tous les aspects de l'expérience du tourisme médical, garantissant ainsi une qualité exceptionnelle et un service fluide aux patients tout au long de leur séjour.⁸⁹ De la même manière, des hôpitaux indiens ont perfectionné leur expertise en matière de tourisme médical et se sont contentés d'établir directement des partenariats avec des acteurs clés du secteur, tels que l'hôtelier Sita et le célèbre voyageur Kuoni.⁹⁰

Cette approche hospitalière ne se limite pas aux pays en développement. Par exemple, le groupe hospitalier Raffles Hospital, basé à Singapour, prend également en charge des services tels que les transferts aéroportuaires, les réservations d'hôtels et l'organisation des visites locales.⁹¹ Il ne s'agit pas non plus d'une culture de prestation propre à l'Asie, puisqu'en Allemagne, il existait déjà en 2010 plus de 2.000 hôpitaux proposant des forfaits combinant services médicaux et touristiques pour les patients internationaux.⁹²

Quant à la Turquie, la plupart des hôpitaux privés turcs indiquent sur leurs sites web qu'ils prennent eux-mêmes en charge toutes les tâches relatives au séjour médical. Pour certains hôpitaux, cette prise en charge est assurée grâce à un partenariat avec une agence de tourisme médical, tandis que d'autres établissements fournissent directement les services dédiés à ces activités.⁹³ Par ailleurs, selon la réglementation en vigueur, les hôpitaux et cliniques doivent disposer d'une structure d'accueil s'ils souhaitent servir une clientèle étrangère. Il n'est donc pas surprenant

⁸⁹ François BURHIN, *op.cit.*, 56.

⁹⁰ Jean-François NYS, *op.cit.*, 42.

⁹¹ John CONNELL, Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery, *Tourism Management*, 27, 2006, p.1098.

⁹² François BURHIN, *op. cit.*, 57.

⁹³ Par exemple le groupe hospitalier Acibadem a créé une agence de tourisme travaillant exclusivement avec ses propres hôpitaux : www.acibademhptravel.com

que les hôpitaux développent davantage cette structure et se transforment en agences de tourisme médical, surtout s'ils accueillent un nombre important de touristes médicaux. Dans ce cas, les hôpitaux créeraient essentiellement des structures dérivées pour répondre aux besoins de ces clients. Il a été constaté que, dans certains cas, ces structures se transforment même en spin-offs pour servir le marché dans sa globalité.

3.1.3. Services hôteliers

Si la diversification des activités de loisirs spécifiques n'est pas réclamée par tous les patients étrangers, la mise à disposition des moyens d'hébergement de qualité et d'infrastructures de santé de haut niveau constitue un aspect essentiel du tourisme médical. Ainsi, le succès de la 3^{ème} vague du tourisme médical dépendrait en partie de l'intégration harmonieuse des éléments touristiques et hôteliers avec les services essentiels offerts par les hôpitaux.

Le type de soins requis par les patients étrangers peut avoir un impact considérable sur le choix des services hôteliers qu'ils doivent envisager. Tout d'abord, il est essentiel que les hôtels accueillant des patients internationaux soient idéalement situés à proximité des établissements de santé. En outre, il est important que ces hôtels répondent aux divers besoins des patients en veillant à ce qu'ils soient équipés de fournitures médicales essentielles comme l'oxygène et qu'ils disposent de personnel médical pour le suivi postopératoire. À défaut, le personnel de l'hôtel devrait être formé un minimum aux premiers secours et savoir comment réagir en cas d'urgence, comme lors d'un arrêt cardiaque. Les clients s'attendent à un environnement sans stress avec un personnel anglophone et un accès au service de chambre. Ils peuvent également avoir besoin d'options diététiques spéciales et d'articles de toilette spécifiques. En conclusion, les établissements de santé ont tout intérêt à collaborer avec les groupes hôteliers pour offrir une expérience adaptée aux patients.⁹⁴

⁹⁴ David REISMAN, **Health Tourism Social Welfare through International Trade**, Edward Elgar Publishing Limited, 2010, p. 131.

Conformément à ce raisonnement, les établissements hôteliers peuvent être enclins à adopter une approche d'intégration verticale avec les hôpitaux. Par exemple, les appartements Somerset d'Ascott International au Vietnam collaborent avec des établissements médicaux tels que l'hôpital BNH et, en plus des commodités susmentionnées, proposent un service de navette gratuit pour faciliter le transport des patients entre l'hébergement et l'hôpital pour leurs consultations médicales programmées.⁹⁵

D'autres établissements de santé vont encore plus loin dans l'intégration des installations d'hébergement, comme c'est le cas du HIB à Bangkok, qui possède sur son campus un hôtel de luxe de 74 chambres, parfaitement relié à l'hôpital via un pont aérien climatisé. En outre, il propose un complexe résidentiel exclusif, comprenant 51 appartements de différentes tailles conçus avec goût, allant du studio confortable au spacieux appartement de trois chambres.⁹⁶

De la même manière, l'hôpital Matilda de Hong Kong dispose d'appartements privé sur son campus pour les accompagnants des patients et les convalescents post-opératoires. Le M.D. Anderson Cancer Center de Houston exploite un hôtel sur un site adjacent, également relié à l'hôpital par une passerelle. L'hôpital Raffles de Singapour fait encore mieux en proposant des studios à un prix compétitif au huitième étage de son immeuble, permettant ainsi aux proches des patients de simplement changer d'étage pour leur rendre visite.⁹⁷ Toujours à Singapour, La presse rapportait que le premier « hôtel médical » d'Asie était en cours de construction. Ce bâtiment de luxe, directement relié à l'hôpital et équipé d'un appareil de dialyse ainsi que d'autres équipements médicaux, serait conçu pour servir les patients préférant le confort d'un hôtel plutôt que de séjourner à l'hôpital.⁹⁸

3.1.4. Transport et impact aérien

Il est évident que la facilité d'accès, la sécurité et l'efficacité des transports sont des considérations cruciales pour les touristes médicaux. À ce titre, la disponibilité

⁹⁵ **Ibid.**

⁹⁶ Jean-François NYS, **op. cit.**, 45.

⁹⁷ David REISMAN, **op. cit.**, 24.

⁹⁸ Sana BUTLER, **Going Overseas for Affordable Health Care**, mise en ligne le 01 mai 2009, consulté le 11 mai 2024 sur www.newsweek.com/going-overseas-affordable-health-care-80105.

d'une infrastructure logistique bien établie et de services de transport de passagers fiables contribue grandement à la croissance du tourisme médical, rationalisant ainsi les voyages des touristes en quête de traitement.

Des destinations auparavant difficiles d'accès peuvent désormais être atteintes en très peu de temps. Alors que l'histoire de l'aviation remonte à plus d'un siècle, la massification du transport aérien pour le grand public est un développement plus récent. Cette évolution a eu un impact significatif sur diverses industries, notamment le tourisme de santé. Il ne serait pas exagéré d'affirmer que les progrès du transport aérien ont joué un rôle de fer de lance dans l'essor de la 3^{ème} vague de tourisme de santé.

Étant donné que pour les patients s'orientant vers le tourisme médical de 3^{ème} vague, les facteurs tels que le coût et l'accessibilité jouent un rôle crucial (cf. section 3.2.), une destination mal desservie sera peu attrayante. En effet, pour qu'un patient décide de se faire soigner à l'étranger, il est essentiel que l'équation « Coût total des soins à l'étranger < Coût des soins locaux » soit assurée.

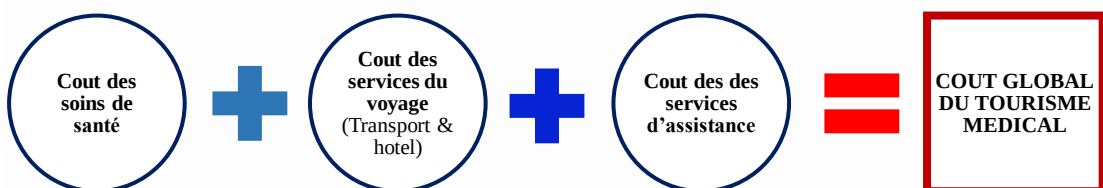


Figure 3.4: Équation du tourisme médical

Source: Adapté par l'auteur depuis le schéma présenté dans Moezz SEDKAOUI et Sébastien VALVERDE, L'expérience d'Ypsée sur le marché émetteur français du tourisme médical, *Les cahiers espaces*, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, p.64.

C'est pourquoi le positionnement en tant que hub aérien représente un atout essentiel pour qu'une destination de tourisme médical puisse acquérir un avantage concurrentiel significatif. Par conséquent, il est crucial, surtout pour les destinations de tourisme médical de la 3^{ème} vague, d'investir dans une infrastructure de transport de qualité et de fournir des options de voyage sûres et accessibles.

Dans cette perspective, l'étude menée par le cabinet d'analyse aéronautique Cirium apporte des données significatives. Selon cette recherche, l'aéroport de Francfort se démarque en tant que l'aéroport le plus connecté, proposant des vols en

provenance de plus de 330 aéroports différents. En deuxième position se trouve l'aéroport d'Istanbul, avec 309 destinations, suivi de près par l'aéroport Paris CDG, avec 308 destinations.

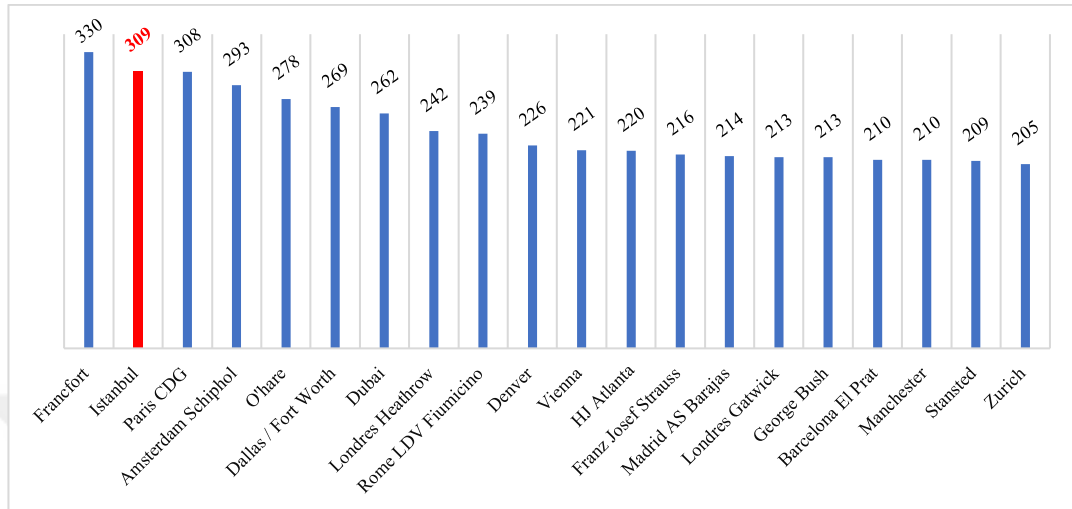


Figure 3.5: Classement des 20 aéroports les plus connectés

Source: Airline Routes & Ground Services (ARGS), **Cirium reveals ‘Most Connected Airports’ in 2022**, mise en ligne le 11 janvier 2023, consulté le 30 avril 2024 sur <https://airlinergs.com/cirium-reveals-most-connected-airports-in-2022>

Il est notable que les principaux hubs du Golfe tels que Doha et Abu Dhabi sont absents de cette liste. Dubaï se distingue en tant que seul aéroport de la région à figurer dans le top 20, occupant la 7^{ème} place. Cependant, il convient de préciser que cette étude se base sur le nombre de destinations uniques desservies depuis chaque aéroport tout au long de l'année. D'autres sources, utilisant des méthodologies et des critères de recherche différents pour évaluer la connectivité des hubs aériens, présentent des classements divergents. Par exemple, l'étude de l'OAG classe l'aéroport d'Istanbul comme le 7^{ème} megahub mondial.⁹⁹ Tandis que l'étude réalisée par le Sénat français met en évidence l'essor remarquable des hubs du Golfe par rapport à leurs homologues européens.¹⁰⁰

Malgré ces nuances statistiques, l'importance du transport aérien pour la croissance du tourisme médical demeure indéniable. Ainsi, les pays cherchant à

⁹⁹ OAG, **Megahubs 2023 discover the most connected airports in the world**, (s.d.) www.oag.com/megahub-airports-2023#top-50-global

¹⁰⁰ Jean BIZET, Éric BOCQUET, Claude KERN et Simon SUTOUR, **Rapport d'information n° 180 (2015-2016) « Concurrence dans le transport aérien : l'indispensable transparence »**, Commission des affaires européennes du Sénat, 19 novembre 2015, (www.senat.fr/rap/r15-180/r15-180_mono.html)

renforcer leur position concurrentielle dans cette industrie ne négligent pas de collaborer avec les compagnies aériennes. Par exemple, Tunisair proposait¹⁰¹ des formules « tout inclus » en orientant sur son site les potentiels patients vers des agences tunisiennes spécialisées dans le tourisme médical.¹⁰² De la même manière, HIB avait conclu¹⁰³ un accord avec Flight Center pour devenir le prestataire de voyage recommandé en Amérique du Nord. Le communiqué de presse relatif à l'annonce affirmait que « 60.000 patients par an venaient des États-Unis et que le fait de travailler par l'intermédiaire d'une agence de voyages mondiale maintiendrait le coût du voyage à un niveau abordable, préservant ainsi les avantages tarifaires du tourisme médical ».¹⁰⁴

La compagnie aérienne hongroise Malev proposait des forfaits dentaires à Budapest depuis de nombreuses villes d'Europe occidentale. À Hong Kong, Dragon Air et l'Union Hospital ont collaboré pour attirer des patients chinois, en combinant points de fidélisation, visites touristiques et examens médicaux. Malaysian Airlines et Thai International proposaient également des forfaits et des arrangements similaires.¹⁰⁵ Si ces pratiques contribuent à soutenir la croissance du tourisme médical national, ils profitent également aux compagnies aériennes en attirant un nouveau type de clientèle. Cela crée ainsi une situation mutuellement avantageuse pour les deux parties.

La flotte aérienne turque n'est pas resté indifférente à cette évolution en proposant aussi des tarifs spéciaux pour les réservations effectuées dans le cadre du tourisme médical. La situation stratégique de la Turquie, au carrefour de l'Europe et de l'Asie, a permis à Turkish Airlines d'étendre son réseau pour relier 342 destinations dans 121 pays. La Turquie est désormais facilement accessible dans un rayon de 4 heures de vol pour 1,3 milliard de personnes en Europe, dans la région MENA et en Asie centrale, contribuant ainsi grandement à la croissance du tourisme médical.¹⁰⁶

¹⁰¹ Bien que la littérature mentionne ces exemples, ces annonces de coopération n'ont pas été trouvées sur le site internet de la compagnie, d'où l'emploi de l'imparfait dans la formulation.

¹⁰² Jean Mehdi CHAPOUTOT, Le tourisme de santé, produit phare de la destination Tunisie, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, p. 23.

¹⁰³ Une fois de plus, l'actualité de cette coopération reste non confirmée. En revanche, celle avec Thai Airways semble active : www.thaiairways.com/en_TH/rop/Promotion/Bumrungrad_Hospital.page

¹⁰⁴ John CONNELL, **Medical Tourism**, CABI, 2011, p. 169.

¹⁰⁵ David REISMAN, **op. cit.**, 130.

¹⁰⁶ INVEST IN TÜRKİYE, **Strategic location**, (s.d.), consulté le 01 mai 2024 sur www.invest.gov.tr/en/whyturkey/top-reasons-to-invest-in-turkey/pages/strategic-location.aspx

3.1.5. Communication et l'évolution par l'Internet

L'accélération accrue du tourisme médical peut être largement attribuée aux progrès des technologies de l'information et de la communication (TIC), en particulier Internet, qui sert de plate-forme clé aux cliniques médicales pour promouvoir leurs services via des sites Web. Les patients utilisent Internet comme principale source d'informations pour rechercher des installations et des procédures, ce qui leur permet de sélectionner une destination adaptée à leurs besoins en matière de soins de santé.¹⁰⁷

Aujourd'hui, Internet constitue une ressource d'information cruciale tant pour les consommateurs que pour les prestataires du domaine du tourisme médical. Avec la prévalence croissante du commerce sur Internet, le tourisme médical a connu une croissance significative, en particulier dans les pays en développement. De plus, Internet a facilité une évolution du rôle des agents de voyages, les individus ayant désormais la possibilité de planifier de manière indépendante de manière autonome leurs voyages de tourisme médical. Cette avancée technologique a eu un impact profond sur les secteurs de la santé et de l'hôtellerie, permettant aux consommateurs des capacités de prise de décision décentralisées.¹⁰⁸

Un simple surf sur la toile permet de constater combien le marché est mondialisé et virtualisé. Une rapide recherche autour de la notion de tourisme médical sur Google donne 21.500.000 résultats; 310.000 si l'on restreint la recherche à la proposition exacte « tourisme médical ». En utilisant la même expression en anglais, le moteur de recherche propose environ 646.000.000 résultats et 14.300.000 si l'on se restreint encore une fois à l'expression exacte.¹⁰⁹

¹⁰⁷ Patrick-A. BOVIER, Explosion du tourisme médical : des voyageurs d'un nouveau type ?, **Revue médicale Suisse**, n° 157, 14 mai 2008 [<http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=33183>].

¹⁰⁸ Milica Z. BOOKMAN et Karla R. BOOKMAN, **Medical Tourism in Developing Countries**, Palgrave Macmillan, 2007, p. 61.

¹⁰⁹ Recherche effectuée sur "Google.com" le 10 mai 2024 avec les configurations de recherche de base. La même analyse avait été effectuée en 2010 et, pour les mêmes requêtes respectives, les résultats suivants avaient été obtenus : 2.500.000, 116.000, 13.400.000 et 2.150.000. **Source** : Loïck MENVIELLE, William MENVIELLE et Nadine TOURNOIS, **op.cit.**, p. 9.

De nombreux résultats de recherche sont principalement constitués de sites Web de prestataires de services, notamment d'hôpitaux, de cliniques et d'agences intermédiaires, ainsi que d'une pléthore d'articles journalistiques et scientifiques. De plus, des informations provenant d'organisations non gouvernementales et des points de vue des consommateurs peuvent également être trouvées dans ces résultats de recherche, soulignant l'intérêt diversifié pour ce phénomène de la part de diverses parties prenantes telles que des professionnels de la santé, des journalistes et des chercheurs de diverses disciplines.

Les prestataires de service médical utilisent pleinement Internet pour établir une communication via leurs plateformes en ligne, qui agissent comme des vitrines mettant en avant une gamme variée de traitements. Ces sites web jouent un rôle crucial en tant que premier point de contact avec leurs potentiels clients. Un site web perçu comme fonctionnel et convivial réduit le l'asymétrie de l'information, renforce la confiance, influençant ainsi les processus de prise de décision.¹¹⁰ De plus, le partage instantané d'informations et des images en ligne permet aux professionnels de santé de procéder à des consultations à distance plus fréquemment, ce qui améliore la planification des procédures et rassure les patients.¹¹¹

On peut même affirmer que le tourisme médical dépend de plus en plus d'Internet pour l'intégralité de l'organisation des services médicaux. Le contact physique entre le patient et le médecin se limite généralement à l'intervention médicale elle-même. En effet, les patients rencontrent généralement leur médecin en personne uniquement la veille de leur intervention, les évaluations préopératoires et les suivis postopératoires étant souvent réalisés à distance.¹¹²

Les touristes médicaux recherchant des informations en ligne ont tendance à faire davantage confiance aux sources officielles. L'implication de l'État dans la promotion du tourisme médical est donc essentielle, car elle contribue à rassurer et constitue un indicateur fiable de la qualité des soins parmi la multitude d'offres

¹¹⁰ Marios KOUFARIS et William HAMPTON-SOSA, The development of initial trust in an online company by new customers, **Information & Management**, n° 41, 2004, pp. 377-397.

¹¹¹ Dan CORMANY et Seyhmus BALOĞLU, Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist, **Tourism Management**, 32(4), 2011, pp. 709-716.

¹¹² **Ibid.**

privées disponibles.¹¹³ Des pays comme la Belgique et la France disposent déjà de portails dédiés au tourisme médical, c'est également le cas de la Malaisie, de Cuba, de Dubaï, etc. Certains pays, ont des portails semi-officiels, tandis que d'autres, comme la Hongrie, n'ont pas de site exclusivement consacré au tourisme médical mais incluent une rubrique dans un portail plus général sur le tourisme.¹¹⁴ Quant à la Turquie, l'USHAŞ a mis en place le portail Health Türkiye (cf. section 4.2.4.).

3.1.6. Assurances maladie

Les défis associés au financement des services de santé dans les pays développés sont exacerbés par des facteurs tels que le vieillissement de la population et le besoin de technologies médicales coûteuses. Ces coûts croissants mettent à rude épreuve les institutions responsables du financement des soins de santé. Afin de relever ces défis, les institutions de sécurité sociale et les compagnies d'assurance maladie privées de ces pays recherchent s'efforcent de trouver des solutions.¹¹⁵

Une des solutions pourrait impliquer l'établissement de partenariats avec des établissements médicaux dans des pays où les services de qualité sont offerts à moindre coût. Cette proposition est étayée par un sondage mené par Deloitte, qui a révélé qu'une majorité de Canadiens (69 %) seraient disposés à quitter leur collectivité locale pour recevoir un traitement s'il était couvert par l'assurance maladie publique, comparativement à seulement 39 % qui envisageraient cette option s'ils devaient couvrir les dépenses eux-mêmes.¹¹⁶

Conformément au principe énoncé dans la figure 3.4, les plans de traitement alternatifs dans les pays étrangers ont le potentiel de réduire les dépenses pour les assureurs et ce, même s'ils doivent payer des frais supplémentaires liés au déplacement et à l'hébergement des patients. Cette tendance est évidente dans la mesure où de nombreuses compagnies d'assurance maladie, en particulier aux États-

¹¹³ Jamil BENABDALLAH et Joseph TOMATIS, *op. cit.*, 32.

¹¹⁴ Le portal de la Belgique www.healthcarebelgium.com, de la France <https://frenchhealthcare.fr>, de la Malaisie www.mhmc.org.my, de Dubai <https://dxh.ae>, de Chypre www.cyhealthservices.com, de la Turquie www.healthturkiye.com de Cuba www.servicessantecuba.com/ et de la Hongrie <https://visithungary.com/category/medical-tourism>.

¹¹⁵ François BURHIN, *op. cit.*, 60.

¹¹⁶ DELOITTE CENTER FOR HEALTH SOLUTIONS, *L'évolution du tourisme médical au Canada*, (s.d), pp. 6-7.

Unis, optent pour l'externalisation de leurs besoins et négocient avec les courtiers du tourisme médical afin d'élaborer des polices attractifs pour leurs clients enclin au tourisme médical.

Un article publié dans Newsweek présente le cas illustratif d'un retraité de Caroline du Sud qui a choisi de subir une opération pour une hernie à San José, au Costa Rica, où le coût était de 3.900 USD et entièrement couvert par une assurance. En comparaison, si l'opération avait été réalisée aux États-Unis, la facture totale se serait élevée à 14.000 USD, et le patient aurait été contraint de payer une franchise de 10.000 USD, le reste étant couvert par l'assurance.¹¹⁷ Cet exemple démontre bien les avantages économiques du tourisme médical, tant pour l'assureur que pour le patient. Ainsi les compagnies d'assurance maladie privées jouent désormais un rôle essentiel dans le développement du tourisme médical.

Tableau 3.2: Programmes de tourisme médical par les assureurs

Pays émetteurs Compagnie d'assurance		Pays cible Prestataire de service du tourisme médical	
Wisconsin – USA Anthem Blue Cross et Blue Shield (WellPoint)		Inde Apollo Hospitals	
- Les employés de Serigraph, Inc., entreprise cliente d'Anthem WellPoint reçoivent leurs soins dans les hôpitaux Apollo pour certaines procédures électives. - Le programme a commencé par les installations de Delhi et de Bangalore pour s'étendre ensuite à tous les hôpitaux Apollo accrédités par la JCI.			
Florida – USA United Group Program UGP		Thaïlande Bummigrad	Inde Apollo Hospitals
- Promouvoir activement le tourisme médical auprès de plus de 200 000 personnes couvertes par des régimes de santé autofinancés ou des régimes mini-médicaux entièrement assurés.			
Californie – USA BlueShield et Health Net		Mexique	
- Axé sur les employeurs qui embauchent un grand nombre d'immigrants mexicains. - Access Baja, par l'intermédiaire de BlueShield of California, offre une prestation de tourisme médical au Mexique, avec des primes qui coûtent moins des deux tiers des autres plans BlueShield of California.			
Caroline du Sud – USA Blue Cross Blue Shield Companion Global Healthcare		Inde Apollo et Wockhardt	Turquie Hopital américain (Koç Healthcare)
		Costa Rica	Singapour
- Companion Global Healthcare offre des services médicaux pour le contrôle des allergies, la restauration capillaire, la chirurgie esthétique, les appareils auditifs et la chirurgie oculaire LASIK. - Couvre également deux visites de suivi avec des médecins de Doctors Care.			
Nouvelle-Angleterre – USA Aetna - Goodhealth Worldwide		Singapour	

¹¹⁷ Sana BUTLER, **op. cit.**

- Les employés de la chaîne d'épicerie Hanna-ford, entreprise cliente d'Aetna reçoivent dans les hôpitaux à Singapour certains de leurs soins de santé comme l'arthroplastie du genou et de la hanche.		
Singapour Medisave	Malaisie	
- Singapour encourage ses citoyens à utiliser leurs comptes Medisave (programme d'assurance obligatoire, avec des cotisations conjointes payées par les employeurs et les employés) pour accéder aux soins de santé en Malaisie. - Les résidents de Singapour souhaitant maintenir un équilibre dans leur caisse d'assurance maladie en utilisant des services en Malaisie peuvent le faire, mais uniquement dans les hôpitaux privés de Malaisie appartenant à des chaînes d'hôpitaux privés singapouriens.		
Connecticut – USA (Municipalité de Hartford)	Porto Rico Satori World Medical	
- Le programme médical « santé et partage des richesses » de Satori World Medical est lié aux comptes de remboursement de santé (HRA) financés par l'employeur qui remboursent les frais médicaux admissibles des employés. - Les employés des entreprises participants à ce programme bénéficient d'un forfait comprenant la procédure médicale, le voyage et l'hébergement dans les installations de Satori situées dans plusieurs pays. Hartford est devenue la première grande ville américaine à signer avec les services de Satori.		
Japon	Thaïlande	Singapour
- Certaines entreprises japonaises envoient leurs employés en Thaïlande et à Singapour, même pour des soins de routine.		
Angleterre BUPA	Inde Hôpital Ruby	
- L'assureur privée britannique BUPA a passé un contrat avec l'hôpital Ruby en Inde.		
Source : Adapté par l'auteur depuis le tableau présenté dans Deloitte Center for Health Solutions, Medical tourism: Update and implications, 2009, p.5 et en intégrant les données des sources suivantes; Ronald LABONTÉ et al. (éd.), <i>Travelling Well: Essays in Medical Tourism, Transdisciplinary Studies in Population Health Series</i>, Vol. 4 (1), University of Ottawa, 2013, pp. 27-29, John CONNELL, Medical Tourism, CABI, 2011, pp. 130-132, Kathy STOLLEY et Stephanie WATSON, Medical tourism : A reference handbook, ABC-CLIO, 2012, pp. 91-94.		

Une coopération synergique s'est structurée entre l'industrie de l'assurance maladie et celle du tourisme médical, deux secteurs qui se soutiennent mutuellement. Les analystes affirment que l'inclusion du tourisme médical dans les couvertures d'assurance maladie pourrait potentiellement élargir le marché, rendant ce type de tourisme plus accessible à la classe moyenne. Cela pourrait également alléger la pression sur les systèmes de santé publics surchargés des pays développés tout en permettant aux compagnies d'assurance maladie et au système de santé dans son ensemble de réaliser des économies. Selon une estimation, si seulement 10 % des patients choisissaient de se faire soigner à l'étranger, les États-Unis pourraient économiser 1,4 milliard USD par an.¹¹⁸

Malgré la volonté croissante des entreprises et des compagnies d'assurance d'adopter des initiatives de tourisme médical, le manque de portabilité de la

¹¹⁸ Aaditya MATTOO et Randeep RATHINDRAN, How health insurance inhibits trade in health care, *Health Affairs*, 25(2), 2006, p. 362.

couverture d'assurance à l'étranger reste un obstacle majeur à l'expansion de ce secteur.¹¹⁹

Enfin, il est important de noter que tout comme les compagnies d'assurance privées, les organismes publics d'assurance maladie profitent également du tourisme médical pour réduire les dépenses, diminuer les temps d'attente et alléger la pression sur les systèmes de santé. Le développement de réglementations européennes facilitant le tourisme médical intra-européen et les partenariats tels que celui entre le système de santé publique britannique et le Centre hospitalier de Calais sont discutés à la section 4.1. comme exemples illustratifs de ce phénomène.

3.2. Déterminants de l'offre et de la demande

La décision de poursuivre un traitement médical à l'étranger est étroitement liée à une série de facteurs de motivation qui motivent chaque année un nombre important de personnes à se rendre dans d'autres pays pour les procédures médicales souhaitées. Ces facteurs jouent un rôle déterminant dans l'expansion du tourisme médical et ont un impact significatif sur les processus décisionnels des personnes optant pour un voyage médical.

Bien que certaines études aient tenté de catégoriser ces facteurs de manière thématique (économiques, médicaux, technologiques, etc.), une classification binaire s'avère plus appropriée pour cette présente étude. Cette classification distingue les facteurs d'incitation des pays sources, qui poussent les patients à rechercher un traitement médical à l'étranger, et les facteurs d'attraction des pays d'accueil, qui attirent les patients vers les prestataires de soins du pays. En d'autres termes, les facteurs incitatifs sont ceux qui créaient la demande du tourisme médical, tandis que les facteurs attractifs sont les composants de l'offre du tourisme médical.¹²⁰

¹¹⁹ Kathy STOLLEY et Stephanie WATSON, **Medical tourism : A reference handbook**, ABC-CLIO, 2012, p. 93.

¹²⁰ Lydia L. GAN et James R. FREDERICK, Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation, **Journal of Vacation Marketing**, 17(3), 2011, p. 168.

Tableau 3.3: Facteurs incitatifs et attractifs du tourisme médical

FACTEURS INCITATIFS	FACTEURS ATTRACTIFS
Facteurs liés au système de santé - Médiocrité de la qualité des services de médicaux - Insuffisance dans l'offre des services médicaux (Absence totale ou bien temps d'attente importante pour accéder aux soins médicaux)	Facteurs liés au système de santé - Bonne qualité des services médicaux (Etablissement accrédités, expertise et réputation du personnel médical, infrastructure médical développé, disponibilité des équipement médical etc) - Abondance dans l'offre des services médicaux. Peu de taux d'attente pour les touristes médicaux.
Facteurs économiques et financières - Cherté des soins médicaux - Faiblesse de la couverture d'assurance médical - Incitation des compagnies d'assurance médical ou des employeurs (cf. section 3.1.6.)	Facteurs économiques et financières - Le faible coût des services de santé
	Accessibilité - Proximité géographique - Bonne infrastructure des moyens de transport (cf. section 3.1.4.)
	Facteurs culturelles - Affinité linguistique et culturelle - Respect des normes religieux
Besoin d'être soigné discrètement	Sécurité - Relations politiques et diplomatiques - Stabilité interne - Perception du pays
Facteurs juridique - Réglementation ne permettant pas certains soins comme le changement de sexe, mère porteuse, traitement de fertilité, fécondation in vitro, avortement, etc.	Norme réglementaire
	Facteurs liés au efforts marketing - Impact des médias et de l'internet - Impact des agences de tourisme médical - Bouche-à-oreille
Facteurs de loisir et touristique Désir de voyager	Facteurs de loisir et touristique - Affinité linguistique et culturelle - Visiter des familles ou des amis - Se connecter avec la communauté locale - du service la destination touristique populaire - Climat - Attractivité culturel et naturel du pays
Source : Adapté par l'auteur depuis les tableaux présentés dans Xiangqiong ZHONG et Chung-Shing CHAN, Opportunities, challenges and implications of medical tourism Development in Hong Kong, International Journal of Tourism Research , 26(1), 2024, pp. 4-6, https://doi.org/10.1002/jtr.2615 et en intégrant les données des sources suivantes; Jun ZHANG, Sangyun SEO et Hoonyoung LEE, The impact of psychological distance on Chinese customers when selecting an international healthcare service country, Tourism Management , 35, 2013, pp. 32-40, Harsimran GILL et Neha SINGH, Exploring the Factors that Affect the Choice of Destination for Medical Tourism, Journal of Service Science and Management , 2011, pp. 315-324, Vincent C. S. HEUNG, Deniz KUCUKUSTA et Haiyan SONG, A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research, Journal of Travel & Tourism Marketing , 27(3), 2010, pp. 236-251, DOI: https://doi.org/10.1080/10548401003744677 , Lydia L. GAN et James R. FREDERICK, op.cit. , 168.	

Même si de nombreuses variables influencent la mise en œuvre du tourisme médical, les principaux facteurs ayant un impact sur ce secteur sont l'abordabilité, la qualité et l'efficacité des services de santé, ainsi que l'accessibilité aux soins de santé.

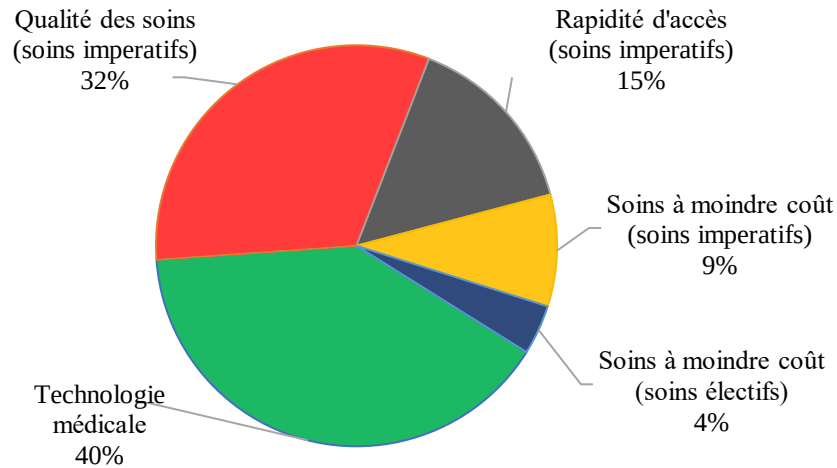


Figure 3.6: Motivations des touristes médicaux

Source: Tilman EHRBECK, Ceani GUEVARA et Paul D. MANGO, Mapping the market for medical travel, *McKinsey Quarterly*, 2008, p. 4.

Un autre aspect qui mérite d'être mentionné est que l'accès aux services médicaux à l'échelle internationale nécessite généralement un processus en deux étapes, comme l'illustre la figure 3.7. Tout d'abord, les individus doivent choisir un pays étranger où ils peuvent recevoir un traitement, puis sélectionner un prestataire de soins de santé dans ce pays.

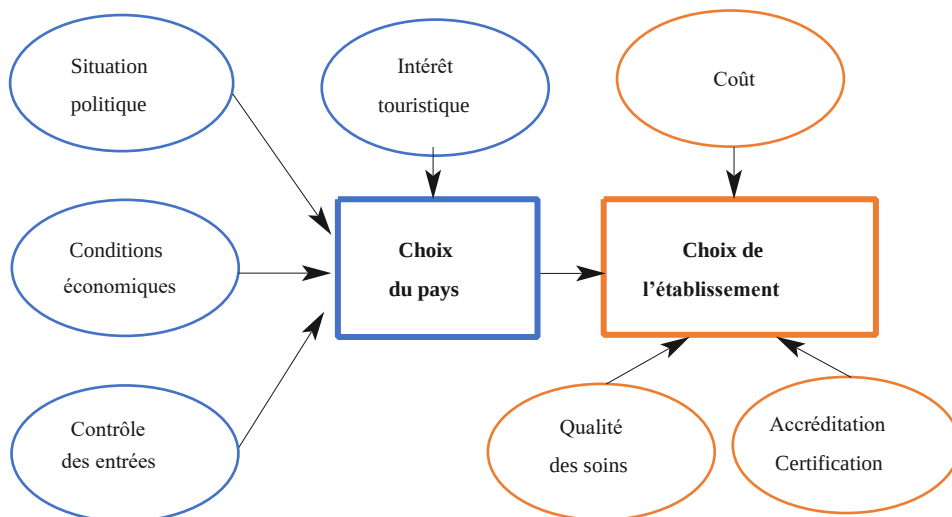


Figure 3.7: Facteurs influençant le choix des établissements médicaux

Source: Pamela C. SMITH & Dana A. FORGIONE, Global Outsourcing of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model, *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 2007, p. 22, cité dans Jean-François NYS, *op. cit.*, 45.

Il est tout de même important de noter que les données fournies peuvent présenter une certaine variabilité et qu'il peut être difficile de faire des généralisations sur le fonctionnement de l'industrie du tourisme médical. Ainsi, il est essentiel de considérer les nuances spécifiques qui existent, notamment par rapport au type de tourisme médical et au pays de destination. Par exemple, une étude sur les touristes médicaux chinois a révélé que les choix des patients varient considérablement en fonction de la gravité de leur état de santé. Les patients souffrant de maladies graves ont tendance à choisir les services de santé des pays développés comme les États-Unis, tandis que ceux souffrant de maladies mineures peuvent préférer des pays comme la Corée pour des soins plus abordables et une familiarité culturelle.¹²¹ Quant à l'étude de McKinsey, elle classe les touristes médicaux en fonction de leurs priorités qui sont le prix, le pays de destination et la qualité des soins.¹²² D'autres études inversent l'ordre de priorité des critères ou bien ajoutent même des nouveaux facteurs.¹²³

Dans cette sous-section, seront explorées et analysées les cinq variables clés du tourisme médical : la variation tarifaire, l'accessibilité aux soins, les considérations culturelles, l'aspect réglementaire, et la qualité des services médicaux. Cette dernière dimension sera examinée plus en détail dans la section suivante, qui se penchera spécifiquement sur le thème de l'accréditation.

3.2.1. Variation tarifaire

Les dépenses croissantes liées aux services de santé dans les pays développés ont posé des défis importants aux personnes à faible revenu dépourvues de couverture d'assurance adéquate, entravant ainsi leur accès aux établissements de santé locaux. Par conséquent, l'émergence de la 3^{ème} vague du tourisme médical a permis à cette classe sociale de rechercher des options de soins de santé abordables à l'étranger (cf. section 2.2.).

¹²¹ Jun ZHANG, Sangyun SEO et Hoonyoung LEE, The impact of psychological distance on Chinese customers when selecting an international healthcare service country, **Tourism Management**, 35, 2013, pp. 32-40.

¹²² Tilman EHRBECK, Ceani GUEVARA et Paul D. MANGO, Mapping the market for medical travel, **McKinsey Quarterly**, 2008, p. 4.

¹²³ Frederick J. DEMICCO « Introduction » dans **Medical tourism and wellness : hospitality bridging healthcare (H2H)** (éd. Frederick J. DEMICCO) », Apple Academic Press, 2017, pp. 13-17.

Ainsi, se faire soigner en Asie, en Afrique du Sud ou en Europe de l'Est peut coûter extrêmement moins chers pour des prestations comparables à celles des États-Unis ou de l'Europe occidentale. Par exemple, un remplacement de valve cardiaque qui coûterait environs 200.000 USD aux États-Unis revient à 10.000 USD en Inde, y compris le billet d'avion aller-retour et un court séjour de vacances. De même, un pont dentaire coûtant 5.500 USD aux États-Unis ne coûte que 500 USD en Inde. En Thaïlande, une arthroplastie du genou accompagnée de six jours de physiothérapie coûte environ 5.000 USD, soit un cinquième du prix américain. Une chirurgie oculaire au laser (Lasik) d'une valeur de 3.700 USD est disponible pour seulement 730 USD et un lifting complet du visage qui coûterait 20.000 USD aux États-Unis revient à environ 1.250 USD en Afrique du Sud.¹²⁴

Tableau 3.4 : Comparaison des tarifs médicaux USA vs autres pays

TRAITEMENT	Prix aux États Unis (USD)	Destination alternative	Tarif dans le pays cible (USD)
Remplacement de la valve cardiaque	200.000	Malaisie	9.000
Lifting complet	20.000	Afrique du Sud	1.250
Hystérectomie	20.000	Malaisie	3.000
Rhinoplastie	4.500	Inde	850
Obturation dentaire	400	Inde	20
Chirurgie cardiaque	30.000	Inde	6.000
Changement de sexe	40.000	Thaïlande	4.000
Augmentation mammaire	10.000	Cuba	1.500
Grefte de cheveux	12.000	Brésil	4.000
Source : David REISMAN, op. cit., 23.			

Après avoir exposé ces chiffres, l'auteur explique que si payer 4.000 USD peut être réalisable, la somme de 12.000 USD est considérée comme inaccessible pour certains pour conclure qu'un américain chauve devra peut-être envisager de porter une perruque s'il n'a pas la possibilité d'aller se faire soigner au Brésil. Bien qu'exprimée avec une certaine légèreté, cette affirmation n'est pas totalement infondée. En effet, une étude réalisée par le cabinet Jalma avec l'Ifop auprès de patients en Royaume-Uni révèle que près de la moitié des sondées (46 %)

¹²⁴ Frederick J. DEMICCO, Erfan REZVANI et Jingyan WANG, « Future Trends in Medical Tourism and Wellness: Club Med or Club Medic? » dans **Medical tourism and wellness : hospitality bridging healthcare (H2H)** (éd. Frederick J. DEMICCO), Apple Academic Press, 2017, p. 227.

reconnaissent avoir renoncé à des soins médicaux en raison des tarifs prohibitives du traitement.¹²⁵

Tableau 3.5 : Économie générée par le tourisme médical

PAYS (Principales villes)	TRAITEMENT	ÉCONOMIE ESTIMÉE
Antigua (St. Johns)	Dépendance	40 %
Barbade (Bridgetown)	Fertilité/FIV	40 % - 50 %
Brésil (Sao Paulo, Rio)	Chirurgie esthétique	20 % - 30 %
Costa Rica (San Jose)	Dentisterie	30 % - 70 %
Hongrie (Gyor, Budapest)	Dentisterie	40 % - 75 %
Inde (New Delhi, Mumbai, Bangalore)	Orthopédie, cardiologie	50 % - 85 %
Israël (Jérusalem, Tel Aviv)	Fertilité/FIV	30 % - 50 %
Malaisie (Kuala Lumpur, Penang)	Bilan de santé	70 %
Mexico (Monterrey, Tijuana, Juarez)	Dentisterie, bariatrique	30 % - 60 %
Singapore	Cancer	30 % - 40 %
Afrique du Sud (Cape Town, Johannesburg)	Chirurgie esthétique	40 %
Thaïlande (Bangkok, Phuket)	Divers services	40 % - 75 %
Turquie (Istanbul)	Ophthalmologie (Lasik)	40 % - 50 %
Source : Donna Marie POCIUS, Medical Tourism Continues to Flourish as U.S. Patients Seek Lower Cost Healthcare in Overseas Countries , mise en ligne le 7 février 2014 et consulté le 07 avril 2024 sur www.darkdaily.com/2014/02/07/medical-tourism-continues-to-flourish-as-u-s-patients-seek-lower-cost-healthcare-in-overseas-countries-207/		

Comme présenté au tableau 3.5, le tourisme médical qui permet aux patients des pays développés n'ayant peut-être pas les moyens de se faire soigner dans leur propre pays ne se limite pas aux établissements asiatiques. Par exemple, une augmentation mammaire et un lifting cervico-facial coûtent respectivement 2.390 € et 2.680 € dans une clinique tunisienne, contre 4.650 € et 5.500 € en Royaume-Uni. En Tunisie, ces tarifs incluent les prestations médicales, les services de l'agence médico-touristique et un séjour dans un hôtel 5* pour la convalescence.¹²⁶

Après avoir dressé ce bilan au niveau mondial, il est désormais possible de procéder à une analyse détaillée des économies réalisées grâce au tourisme médical en Turquie.

¹²⁵ Solveig GODELUCK, **Médecins : les délais s'allongent encore pour les consultations**, Les Echos, publié le 18 novembre 2014 et consulté le 31 mai 2024 sur www.lesechos.fr/2014/11/medecins-les-delaiss-sallongent-encore-pour-les-consultations-297359.

¹²⁶ Yousra HALLEM, Isabelle BARTH et Abdelfattah TRIKI, Les nouveaux comportements d'achat dans le tourisme de santé : quand Internet s'en mêle, **Management & Avenir**, n° 77, 2015, p. 18.

Tableau 3.6 : Tarifs médicaux Royaume-Uni vs Turquie

TRAITEMENTS	COUT DU TRAITEMENT (USD)		ÉCONOMIES ESTIMEES
	ROYAUME-UNI	TURQUIE	
Chirurgie générale			
Angioplastie coronaire	13.000 – 15.000	5.000 – 6.000	60 % - 65 %
Remplacement de la hanche	13.500 – 14.500	6.500 – 7.500	45 % - 50 %
Ablation de la prostate	7.000 – 8.000	5.500 – 6.500	15 % - 20 %
Remplacement du genou	16.000 – 17.000	7.000 – 8.000	50 % - 60 %
Ablation des hémorroïdes	3.000 – 4.000	1.500 – 2.500	45 % - 55 %
Chirurgie plastique			
Rhytidectomie	11.000 – 12.000	3.000 – 4.000	65 % - 75 %
Augmentation mammaire	7.000 – 8.000	3.000 – 4.000	50 % - 60 %
Réduction mammaire	8.000 – 9.000	3.500 – 4.500	50 % - 60 %
Liposuccion	5.000 – 6.000	2.000 – 3.000	55 % - 65 %
Rhinoplastie	5.500 – 6.500	3.000 – 4.000	40 % - 45 %
Abdominoplastie	8.000 – 9.000	3.000 – 4.000	55 % - 60 %
Ophtalmologie			
Chirurgie oculaire LASIK	1.500 – 2.500	1.000 – 1.500	20 % - 25 %
Ablation de la cataracte	4.000 – 5.000	1.000 – 2.000	55 % - 65 %
Dentisterie			
Traitement de canal	300 – 400	100 – 150	55 % - 65 %
Blanchiment des dents	900 – 1.200	400 – 500	50 % - 60 %
Implants dentaires	3.000 – 4.000	900 – 1500	70 % - 75 %
Couronnes en or	800 – 850	200 – 250	70 % - 75 %
Source : Emine KILAVUZ, Medical tourism competition: The case of Turkey, International Journal of Health Management and Tourism , 3 (1), 2018, p. 53.			

Le coût de l'intervention médicale n'est pas le seul facteur à prendre en compte lors de la prise de décision financière relative au choix de destination. Les dépenses globales du voyage jouent un rôle crucial dans la prise de cette décision. Par exemple, si un patient anglais envisage de subir une ablation de la prostate en Turquie simplement parce que c'est moins cher, conformément à « l'équation du tourisme médical » il doit s'assurer que les frais de transport, d'hébergement, de services d'assistance, d'honoraires, etc., ne dépassent pas 2.500 euros. (cf. figure 3.4).

Une étude menée pour explorer les facteurs influençant le choix de l'Inde comme destination médicale a révélé que malgré la distance considérable et les différences culturelles entre les deux pays les Sud-Africains sont les deuxièmes plus nombreux à subir des interventions cardiaques en Inde et cette préférence est largement due à l'avantage de coût de l'Inde par rapport aux États-Unis et à l'Europe. En effet, un package complet pour la chirurgie de la communication interventriculaire, comprenant le voyage, le traitement et l'hébergement pendant trois

semaines, ne coûte que 7.500 USD, ce qui représente à peine 10 % du coût d'une chirurgie à cœur ouvert à Londres.¹²⁷

3.2.2. Temps d'attente

Dans les pays où le secteur privé des soins de santé est répandu, le principal facteur incitant les patients à recourir au tourisme médical est le coût des traitements, comme expliqué précédemment. En revanche, dans les pays où le système de santé public prédomine, la principale motivation des patients pour recourir au tourisme médical est la longueur des délais d'attente pour les traitements, un aspect qui sera approfondi dans cette section.

Les pays dotés de systèmes de santé bismarckiens ou beveridgiens, comme le Canada et le Royaume-Uni, peuvent offrir des traitements à des tarifs très bas ou même gratuitement selon les cas. Cependant, ces pays sont également des sources importantes de touristes médicaux, car même lorsque le service est gratuit, certains patients préfèrent se faire soigner en Inde ou ailleurs pour éviter de longs délais d'attente. Autrement dit, tout le monde n'est pas prêt à perdre du temps, puisque le coût en temps dans son propre pays peut rendre les soins gratuits trop coûteux.¹²⁸ C'est sans doute pour cette raison que 26 % des citoyens britanniques se disaient prêts à voyager n'importe où dans le monde pour éviter les longues listes d'attente.¹²⁹

L'impact des listes d'attente sur les décisions des patients peut même surpasser les considérations liées au coût. L'étude menée par le cabinet Jalma en collaboration avec l'Ifop, évoquée précédemment, souligne que 64 % des participants ont renoncé à un traitement médical en raison de délais d'attente prolongés. L'un des responsables de l'étude souligne que le principal problème concernant l'accès aux soins de santé ne réside pas dans les frais excessifs, mais plutôt dans les délais d'attente prolongés.¹³⁰ Une autre source mentionne que 87 % des Britanniques ayant voyagé à

¹²⁷ Nur Syafiqah ABD MUTALIBI et al., Medical Tourism: Ethics, Risks and Benefits, **Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research**, 50 (2), Avril-Juin 2016, pp. 265-266.

¹²⁸ David REISMAN, *op. cit.*, 131.

¹²⁹ Linda BEECHAM, British patients willing to travel abroad for treatment, **British Medical Journal**, 325, 2002, p. 10.

¹³⁰ Solveig GODELUCK, [Médecins : les délais (...)] *op. cit.*

l'étranger pour un traitement médical affirment l'avoir effectué principalement à cause des longues listes d'attente nationales.¹³¹

En effet, pour les procédures qui ne sont pas reconnues comme prioritaires dans ces pays les temps d'attente peuvent être très longs. Par exemple, les reconstructions du genou peuvent atteindre 18 mois au Royaume-Uni et plus de deux ans en Australie ou au Canada. En Irlande, des retards excessifs se produisent pour la plupart des procédures.¹³²

Comparé à son voisin belge, au Pays-Bas les listes d'attente sont plus longues, ce qui est devenu une cause significative de migration transfrontalière, notamment pour les patients de la Flandre zélandaise. Les temps d'attente expliquent une grande partie de la mobilité médicale au sein de l'Europe, surtout pour les soins comme l'orthopédie ou l'ophtalmologie.¹³³ Le cas des patients britanniques venant en France pour se faire soigner illustre bien la prévalence de l'impact du temps d'attente par rapport aux tarifs sur le tourisme médical intra-européen.¹³⁴ De même, les Russes qui choisissent de se faire soigner en Finlande, malgré des tarifs élevés, préfèrent cette option en raison des délais d'attente plus courts et de la qualité irréprochable des services. Ces exemples démontrent l'importance de la dimension multifactorielle dans la prise de décision, combinant qualité, rapidité et accessibilité des soins.¹³⁵

Tableau 3.7 : Patients ayant attendu plus de 4 mois pour une chirurgie élective

Pourcentage des patients ayant attendu plus de 4 mois pour une chirurgie élective			
Canada	38 %	Norvège	29 %
Suède	29 %	Australie	28 %
Royaume-Uni	28 %	Nouvelle-Zélande	24 %
Pays-Bas	13 %	France	10 %
États-Unis	8 %	Suisse	6 %
		Allemagne	1 %
Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Résultats du Canada : Enquête internationale de 2020 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès de la population générale de 11 pays, Ottawa : ICIS, 2021, p. 105.			

¹³¹ TOURISM RESEARCH AND MARKETING, **Medical Tourism: a Global Analysis**, TRAM, London, 2006, p. 17.

¹³² John CONNELL, (2011) **op. cit.**, 43.

¹³³ Herbert E.G.M. HERMANS, Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of 'Decker and Kohll', **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 6(4), 2000, pp. 436 - 437.

¹³⁴ Solveig GODELUCK, **Le filon du tourisme médical**, Les Echos, publié le 01 février 2019 et consulté le 31 mai 2024 sur www.lesechos.fr/2019/02/le-filon-du-tourisme-medical-1021467

¹³⁵ Frédérique LEBEL, **Le tourisme médical**, publié le 14/08/2014 et consulté le 15 mai 2024 sur www.rfi.fr/fr/emission/20140818-tourisme-medical-russes-finlande-allemande-israel

Certaines chirurgies, considérées comme non essentielles telles que les reconstructions du genou, ou de faible priorité peuvent être nécessaires pour certaines formes d'emploi et donc justifier un déplacement. En Colombie-Britannique par exemple, les temps d'attente pour les remplacements de la hanche et du genou étaient de 22 et 28 semaines respectivement, alors qu'ils étaient réalisés presque instantanées dans la plupart des destinations de tourisme médical.¹³⁶

L'Etat d'Ontario au Canada avait mis en place une politique de réduction des délais d'attente et cette démarche avait porté ses fruits. Ainsi, l'Etat d'Ontario se félicitait d'avoir réduit les temps d'attente de 191 jours (61 %) pour les chirurgies de la cataracte, de 156 jours (44 %) pour les arthroplasties de la hanche, de 17 jours (21 %) pour les chirurgies du cancer et de 4 jours (8 %) pour les pontages coronariens par rapport à 2005.¹³⁷

Toutefois, l'augmentation de l'espérance de vie continue d'accroître le besoin de soins médicaux, ce qui freine la réduction des temps d'attente pour les soins non urgents. Ainsi, les délais d'attente pour les chirurgies électives persistent à dépasser plusieurs mois, voire des années, pour certains traitements spécifiques dans la plupart des pays développés.

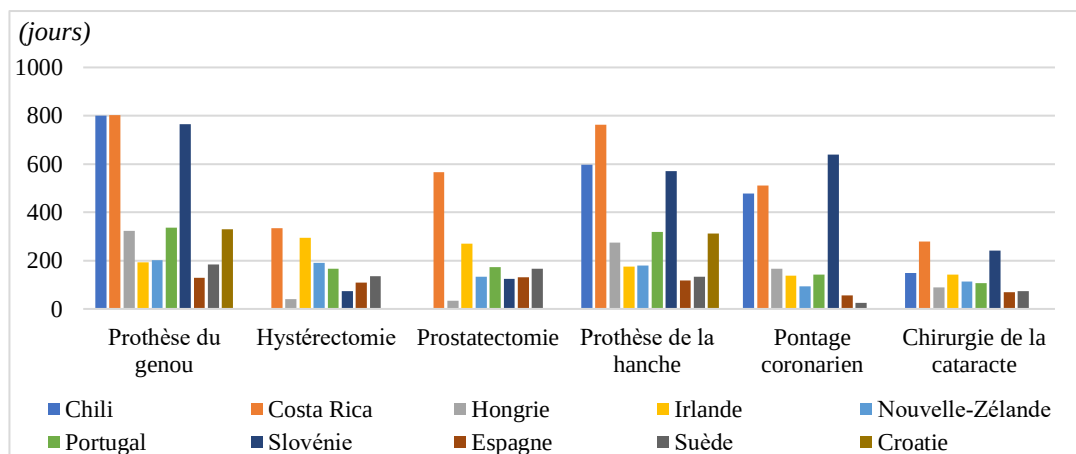


Figure 3.8: Temps d'attente pour certaines chirurgies

Source: Données extraites le 31 mai 2024 sur **OECD.Stat** : <https://stats.oecd.org>

¹³⁶ Michael D. HOROWITZ et Jeffrey A. ROSENSWEIG, Medical tourism vs. traditional international medical travel: a tale of two models, **International Medical Travel Journal**, 3, 2008, p. 10.

¹³⁷ ONTARIO, **L'Ontario, chef de file en matière de temps d'attente**, publié le 22 mars 2012 et consulté le 22 mai 2024 sur <https://news.ontario.ca/fr/release/20553/lontario-chef-de-file-en-matiere-de-temps-dattente>.

Si la Turquie n'est pas incluse dans ce graphique, on peut regretter que cela ne soit pas dû à la résolution des délais d'attente pour les soins médicaux, mais plutôt à un manque de données officielles. Cependant, il existe de nombreux cas anecdotiques disponibles auprès de sources ouvertes sur ce sujet. Un exemple est celui d'un patient chez qui on avait pré-diagnostiqué une suspicion de cancer et qui a dû attendre 7 mois pour un rendez-vous de diagnostic détaillé à l'hôpital d'État de Kastamonu, sachant que le diagnostic précoce du cancer est essentiel pour prévenir les métastases et les conséquences potentiellement mortelles.¹³⁸ Il ne s'agit pas seulement d'un cas isolé. Ce sujet a tellement été à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale¹³⁹ que le Président de la République a fini par reconnaître l'urgence de la situation et s'est engagé à mettre rapidement en œuvre des mesures pour résoudre ce problème.¹⁴⁰ Au moment de la rédaction de ce mémoire, le ministère de la Santé a entrepris des réformes ambitieuses pour améliorer l'efficacité du système de prise de rendez-vous médicaux. Cependant, un scepticisme persiste chez les parties prenantes quant à l'efficacité de ces efforts.¹⁴¹

3.2.3. Aspects socioculturels

Outre les facteurs d'abordabilité et de rapidité d'accès abordés dans les sections précédentes, une troisième raison incite les patients à chercher des soins médicaux à

¹³⁸ EVRENSEL, Kanser şüphesine 7 ay sonra randevu, mise en ligne le 28 mars 2018 et consulté le 12 avril 2024 sur www.evrensel.net/haber/348914/kanser-suphesine-7-ay-sonraya-randevu

¹³⁹ Deux exemples parmi tant d'autres :

1. « (...) Aujourd'hui, nous parlons d'un système où les patients ne peuvent pas obtenir de rendez-vous, et ceux qui y parviennent doivent attendre au moins quinze jours. (...) Écoutez les faits : il y a deux mois, j'ai cherché partout à Istanbul un rendez-vous via le système de réservation, et le seul disponible était à Şile, dans quinze jours. J'ai alors réfléchi : un citoyen de Silivri devra parcourir 142 kilomètres pour être examiné à Şile. Cette situation illustre clairement notre problème actuel. Le patient parcourra 142 kilomètres pour voir un médecin, mais le temps que ce dernier pourra lui consacrer n'est que de 5 minutes. En réalité, cela se résume à une simple rencontre (...) ». Propos déclaré le 15 juin 2022 à l'Assemblée nationale à l'occasion des débats relatifs au projet de loi portant modification de certaines lois relatives à la santé et du décret-loi n° 375.

2. Question parlementaire du 23 juillet 2018, numérotée 7/290, adressée au ministre de la Santé concernant l'indisponibilité des rendez-vous dans les hôpitaux de la province de Kocaeli

¹⁴⁰ AYKIRI, Hastanelerdeki randevu kriziyle ilgili Erdoğan ilk kez konuştu!, publiée le 04 juin 2022 et consulté le 02 avril 2024 sur www.aykiri.com.tr/hastanelerdeki-randevu-kriziyle-ilgili-erdogan-ilk-kez-konustu/23631/

¹⁴¹ Ayşegül KARAGÖZ, Sağlık Bakanlığı'nın "onaylı randevu sistemi" fayda etmedi, publiée le 30 mai 2024 et consulté le 01 juin 2024 sur <https://medyascope.tv/2024/05/30/saglik-bakanliginin-onayli-randevu-sistemi-fayda-etmedi-sikayetler-yuzde-165-artti-doktorun-da-hastanin-da-sucu-yok-tek-suclu-saglik-bakanligi/>

l'étranger : l'expérience totalement différente qu'ils peuvent vivre par rapport à celle qu'ils connaissent chez eux.

Ceci dit, il ne faut pas confondre cette particularité avec l'aspect qualitatif, qui sera abordé dans la prochaine partie. Cette section met en lumière l'alternative étrangère suffisamment unique pour justifier une visite médicale. Des éléments tels que la langue commune et les similitudes culturelles peuvent jouer un rôle crucial pour atténuer le stress et l'inconfort liés à la communication et à l'adaptation culturelle. En effet, un faible coût ne suffit pas lorsque l'intervention médicale est complexe et que le patient manque du vocabulaire nécessaire pour poser les questions importantes.

3.2.3.1. Proximité linguistique

Déjà confrontés à une asymétrie d'information inhérente au milieu médical, les patients peuvent éprouver un inconfort accru lorsqu'ils se heurtent à une barrière linguistique. Cette entrave peut sérieusement compromettre l'accès à des soins de santé appropriés, comme en témoignent les recherches révélant des disparités en matière de prestations de santé entre les immigrants et les personnes nées aux États-Unis. Les immigrants doivent faire face à une multitude de défis, notamment des barrières linguistiques, juridiques, économiques et culturelles, lorsqu'ils tentent de s'orienter dans le système de santé de leur nouveau pays de résidence.¹⁴²

Il est naturel que les patients préfèrent se tourner vers des établissements médicaux où ils peuvent facilement communiquer avec les professionnels de santé. Cette communication est essentielle pour comprendre les procédures médicales, les risques associés et les instructions post-opératoires. La disponibilité de documents médicaux et d'instructions dans la langue maternelle des patients facilite grandement la compréhension et le respect des plans de traitement.

C'est pourquoi, par exemple, le Maghreb et l'Afrique du Sud, connus comme les principales plaques tournantes du tourisme médical africain, s'adressent à des

¹⁴² Francesca M. GANY et al., Attitudes, knowledge, and healthseeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach, **Ethnicity and Health**, 11(1), 2006, pp. 19-39.

clientèles distinctes. Ainsi, le nord de l’Afrique séduit principalement les Européens francophones, tandis que les anglophones manifestent une préférence pour l’Afrique du Sud. Malgré le fait que l’Afrique du Sud est géographiquement plus éloignée et que les cliniques maghrébines offrent des services médicaux comparables à des tarifs compétitifs, les patients anglophones semblent privilégier la familiarité linguistique plutôt que la proximité physique.¹⁴³ De la même manière, il existe également un flux important de Russes et d’Ukrainiens à destination d’Israël, où de nombreux médecins sont russophones.¹⁴⁴

Les établissements de santé qui proposent de sites Web multilingues, fournissent des services dans plusieurs langues et emploient du personnel médical ou à défaut, des interprètes disposent d’un avantage concurrentiel significatif. Une étude menée dans un hôpital en Thaïlande a révélé que l’utilisation de l’anglais plutôt que du thaï par les membres du personnel et dans la signalisation de l’hôpital était le facteur le plus important pour déterminer l’internationalité de l’hôpital. Le centre de coordination médicale de cet hôpital dispose d’une équipe qui parle 14 langues différentes et fournit des interprètes pour dix langues supplémentaires, dont la langue des signes. Les médecins de l’hôpital possèdent de bonnes compétences en anglais, car l’anglais est couramment utilisé dans l’enseignement médical en Thaïlande et beaucoup ont étudié à l’étranger. De même, la plupart des infirmières possèdent un certain niveau d’anglais et reçoivent une formation linguistique. Notons également qu’il existe une rude concurrence entre les hôpitaux « internationaux » de Bangkok pour recruter du personnel médical et infirmier thaïlandais maîtrisant parfaitement l’anglais.¹⁴⁵

Bien que l’anglais se positionne désormais comme la « lingua franca » de l’industrie du tourisme médical, il est important de reconnaître que tous les patients ne maîtrisent pas cette langue. Même avec l’aide d’un interprète, certains patients peuvent ne pas se sentir totalement à l’aise pour diverses raisons, désirant ainsi une communication sans intermédiaire avec leurs médecins. En effet, les touristes médicaux ont naturellement tendance à préférer discuter d’abdominoplastie, de

¹⁴³ Loïck MENVIELLE et William MENVIELLE, *op. cit.* 117.

¹⁴⁴ John CONNELL, (2011) *op. cit.*, 126.

¹⁴⁵ Andrea WHITTAKER et Heng LENG CHEE, Perceptions of an ‘international hospital’ in Thailand by medical travel patients: Cross-cultural tensions in a transnational space, *Social Science & Medicine*, 124, 2015, p. 293.

reconstruction mammaire ou de pontage coronarien dans leur propre langue et de manière directe. Par conséquent, toutes choses égales par ailleurs, un patient taïwanais, par exemple, se sentirait plus à l'aise pour se faire comprendre par un médecin à Guangdong qu'à un médecin à Budapest ou à Bursa.¹⁴⁶

3.2.3.2. Aspect culturel

Malgré la nature universelle de la médecine, la fourniture et la demande des services médicaux peuvent être influencées par les différences culturelles. Les patients se sentent souvent plus à l'aise dans des environnements correspondant à leur propre culture, les pratiques et normes culturelles jouant un rôle clé dans la perception et l'acceptation des soins médicaux. À cet égard, l'Economic Intelligence Centre (EIC) recommandait que la Thaïlande améliore son infrastructure touristique pour mieux répondre aux préférences des touristes indiens, qui voyagent généralement en grands groupes familiaux, et aux besoins des Indonésiens, qui privilégient des destinations comme la Malaisie et Singapour en raison de leurs services plus accommodants pour les musulmans. L'EIC suggère qu'en s'adaptant à ces différences culturelles, la Thaïlande pourrait attirer non seulement des visiteurs indonésiens, mais aussi un éventail plus large de touristes venant de régions telles que le Moyen-Orient ou la Malaisie.¹⁴⁷

Il faudrait tout de même préciser que ces suggestions sont destinées au tourisme de masse thaïlandais et concernent peu le tourisme médical, qui semble d'ores et déjà avoir pris en compte ces considérations culturelles et reçoit en grande majorité des patients du monde musulman. En 2010, les Émirats Arabes Unis (UAE) représentaient à eux seuls 20 % du total des patients étrangers, et le Bangladesh, Oman et le Qatar faisaient partie des six premières sources de tourisme médical pour la Thaïlande. C'est pourquoi il n'est pas surprenant que les hôpitaux thaïlandais aient opté pour la différenciation en s'adaptant aux désirs des clients venant du Conseil de Coopération du Golfe (CCG). Ces hôpitaux fournissent des interprètes en langue arabe, de la nourriture halal, des chaînes de télévision par satellite du Moyen-Orient, imposent des codes vestimentaires adéquats à leur personnel, aménagent des espaces

¹⁴⁶ David REISMAN, *op. cit.*, 92.

¹⁴⁷ Pavaris PRUEDSARADCH, Kanchanok BUNSUPAPORN et Lapas AKARAPHANTH Thai Tourism: Sustaining Success, *Insight*, SCB Economic Intelligence Center, 2016, pp. 24-26.

de prière, affectent même un imam et respectent des normes assez délicates comme la mise à disposition de personnel médical du même sexe si demandé. La minorité musulmane thaïlandaise facilite ainsi le recrutement de personnel local en phase avec la culture islamique. En conséquence, les patients provenant des pays du CCG ont tous déclaré que l'hôpital ressemblait aux hôpitaux de « chez eux ».¹⁴⁸

Il ne s'agit pas d'une situation propre à la Thaïlande, puisque la plupart des pays phares du tourisme médical sont dans approche similaire d'adaptation culturelle, comme la Clinique universitaire Eppendorf (UKE) à Hambourg (cf. section 4.1.).¹⁴⁹ Toutefois, ce n'est pas toujours facile de s'adapter à ces exigences particulières, et des conflits découlant des différences culturelles peuvent être sources de malaises. Par exemple, à Gurgaon, en Inde, un hôpital qui recevait régulièrement des patients référés par le gouvernement irakien avait conclu un accord avec un hôtel à proximité. Cependant, alors que la direction de l'hôtel était satisfaite d'accueillir des patients pendant la basse saison, elle avait dû suspendre l'accord de manière inattendue. La direction de l'hôtel s'était expliqué que les touristes médicaux n'étaient pas les clients les plus désirables car ils avaient des exigences particulières telles que la nourriture halal et des difficultés et n'ayant jamais été dans un bâtiment de ce type auparavant, certains d'entre eux rencontraient des difficultés à utiliser les installations comme les toilettes. Les autres clients de l'hôtel, venus passer des vacances de détente, se plaignaient également de la présence de malades et de souffrants dans l'hôtel, une présence particulièrement visible lorsque des patients avec des bandages rejoignent les clients conventionnels dans les espaces de restauration de l'hôtel.¹⁵⁰

Par ailleurs, même si des ajustements et flexibilités comme l'adaptation culinaire ou l'aménagement d'une salle de prière marquent une différence notable, lorsqu'il est question de tourisme médical, des nuances culturelles plus profondes dans les interactions médecin-patient peuvent avoir un impact plus important sur

¹⁴⁸ Andrea WHITTAKER et Heng LENG CHEE, *op. cit.*

¹⁴⁹ Haeok Liz KIM et Sunghyup Sean HYUN, The Future of Medical Tourism for Individuals' Health and Well-Being: A Case Study of the Relationship Improvement between the UAE (United Arab Emirates) and South Korea, *International. Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)*, 19, 2022, pp. 12-13, DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph19095735>.

¹⁵⁰ Meghann ORMOND et Heidi KASPAR, « Medical Travel/Tourism and the City » dans *Handbook of Global urban health* (éd. Igor VOJNOVIC et al.), Routledge, 2019, p. 193.

l'expérience globale. En effet, certaines cultures privilégient une communication chaleureuse et spontanée de la part du personnel médical, tandis que d'autres adoptent une approche plus formelle et réservée. Bien que la qualité des soins médicaux ne soit pas directement affectée par les styles de communication, les patients sont souvent influencés par la manière dont l'information est transmise. Autrement dit, dans la perception des patients, la forme peut l'emporter sur le fond.

Un autre aspect de l'impact culturel sur le milieu médical peut être illustré par le nombre important de jeunes Thaïlandais choisissant de se rendre en Corée pour des procédures esthétiques. Bien que la Thaïlande soit elle-même une plaque tournante majeure du tourisme médical dans la région, la Corée continue d'attirer un nombre considérable de jeunes Thaïlandais influencés par la culture populaire coréenne et désirant le look caractéristique de la K-pop, qui comprend souvent des yeux plus grands et une peau claire.¹⁵¹

Enfin, concernant la spécificité culturelle de la médecine, certaines cultures ont des croyances particulières au sujet des traitements médicaux, telles que l'utilisation de médecines alternatives ou de pratiques médicales holistiques. Ces spécificités culturelles influencent grandement les pratiques médicales ainsi que les décisions des patients. Reconnaître et respecter ces différences permet de fournir des soins de santé culturellement adaptés, en particulier dans le contexte du tourisme médical, où des patients de divers horizons recherchent des traitements.¹⁵²

Les pratiques liées à la médecine non conventionnelle sont variées et peuvent avoir un impact considérable sur le développement du tourisme médical. Pour n'en citer que quelques-unes, par exemple, le tourisme médical indien tire pleinement parti des pratiques liées à l'Ayurveda.¹⁵³ Les cures thermales sont réputées pour traiter des affections rhumatismales, dermatologiques, respiratoires et digestives et les pays disposant de sources d'eaux thermales exploitent cette particularité pour enrichir leur offre de tourisme médical. La thérapie par ventouses (hijama), une pratique médicale traditionnelle courante dans les cultures orientales, ainsi que la médecine

¹⁵¹ John CONNELL, (2011) *op. cit.*, 75.

¹⁵² Hakan TUNA, Sağlık Turizmi Kapsamında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Turizmi, **Abant Sosyal Bilimler Dergisi**, 21(1), 2021, pp. 259-281.

¹⁵³ Paul COUSTY, Cures ayurvédiques au Kérala et en Picardie, **Les cahiers espaces**, 288, Janvier 2011, pp. 43-47.

traditionnelle chinoise (MTC), qui englobe diverses pratiques telles que l'acupuncture, la phytothérapie etc. permettent également à certaines destinations de se différencier dans le domaine du tourisme médical. (cf. section 2.1.2.1.).

3.2.3.3. Impact de la diaspora¹⁵⁴ :

Comme mentionné précédemment, les immigrants sont confrontés à une multitude de défis, notamment des barrières linguistiques, juridiques, économiques et culturelles, lorsqu'ils tentent de s'orienter dans le système de santé de leur nouveau pays de résidence.¹⁵⁵ Il n'est donc pas surprenant que, lorsqu'ils tombent malades, les nouveaux migrants souhaitent souvent retourner se faire soigner dans leur pays d'origine.

Effectivement, même s'ils n'y vont pas spécifiquement pour cela, de nombreux expatriés ont tendance à consulter lorsqu'ils sont de retour dans leur pays d'origine. Ces derniers choisissent d'attendre un retour temporaire ou définitif dans leur pays d'origine, où les coûts des soins sont souvent moins élevés, surtout pour les binationaux qui, selon le cas, peuvent se permettre de bénéficier de la tarification non-touristique.¹⁵⁶

En outre, des chercheurs ont avancé que le processus de guérison est aussi influencé par les liens culturels et émotionnels que les individus entretiennent avec leur environnement de soins. Cette idée, qui prend sa source dans la notion de « paysage thérapeutique » conceptualisée par W. Gesler¹⁵⁷, met en évidence l'importance de lieux spécifiques dans l'amélioration du bien-être général d'un individu grâce à leur charge symbolique et sociale.¹⁵⁸

¹⁵⁴ Il est question des individus originaires du pays résidant à l'étranger, qu'ils soient binationaux, expatriés, immigrés ou descendants d'immigrés. Bien qu'il y ait, du point de vue sociopolitique, des nuances, le terme "diaspora" a été utilisé comme terme parapluie pour des considérations pratiques.

¹⁵⁵ Francesca M. GANY et al., Attitudes, knowledge, and healthseeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach, **Ethnicity and Health**, vol. 11(1), 2006, pp. 19-39.

¹⁵⁶ Jamil BENABDALLAH et Joseph TOMATIS, **op. cit.**, 30.

¹⁵⁷ Wilbert M. GESLER, Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography, **Social Science and Medicine**, 34, 1992, pp. 735-746.

¹⁵⁸ Virginie CHASLES et Marion GIRER, Tourisme médical et santé reproductive : l'exemple de la gestation pour autrui en inde, **Revue francophone sur la santé et les territoires**, Tourisme, Mobilités et Santé, 2016, p. 3. DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.514>

De plus, il est important de considérer l'importance du soutien familial dans diverses cultures pendant le traitement médical. C'est pourquoi, afin de s'assurer que les membres de la famille dans le pays d'origine seront présents pour apaiser l'isolement, les Indo-Américains peuvent se sentir moins anxieux dans un établissement indien qui respecte leurs coutumes et se trouve à proximité de leur ville d'origine. De la même manière, les « balikbayan » seront plus à l'aise aux Philippines, les « gyopo » en Corée, et les « Viet kieu » au Vietnam.¹⁵⁹ La présence de pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas et la France dans le palmarès des pays sources du tourisme médical en Turquie peut être attribuée, en partie, au nombre important de « Gurbetçi » résidant dans ces pays.¹⁶⁰

En fin de compte, dans de nombreuses études sur la santé des immigrants, il a été constaté de manière constante qu'une pratique courante parmi les immigrants consiste à retourner dans leur pays d'origine pour un traitement médical. Ce phénomène, connu sous le nom de tourisme diasporique, revêt une importance particulière en Inde. Le président d'Apollo, l'une des chaînes hospitalières transnationales les plus célèbres est lui-même issue de la diaspora indienne et cette clientèle diasporique constitue historiquement la majorité de ses patients.¹⁶¹ Apollo répertorie 55 centres médicaux associés, dont 21 en Inde et 19 aux États-Unis, avec trois au Royaume-Uni, deux en Éthiopie et un au Canada, au Japon, au Koweït, en Malaisie, à Maurice, aux Philippines, au Népal, en Arabie Saoudite, aux Seychelles et en Thaïlande, une distribution qui donne des indices supplémentaires sur les sources des patients.¹⁶²

L'apport de la clientèle diasporique est un important pour le développement de l'industrie du tourisme médical, en particulier pour celle de la 3^{ème} vague. En effet, aux côtés de divers autres facteurs, sa vaste diaspora constitue un marché significatif pour attirer des patients étrangers, ce qui donne à l'Inde un avantage sur ses

¹⁵⁹ David REISMAN, *op. cit.*, 92.

¹⁶⁰ Uygur ÜSTÜN et Yeter DEMİR USLU, Türkiye'nin Sağlık Turizminde Tercih Edilme Nedenleri Üzerine Bir Çalışma: Medikal Turizm Endeksi, *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (33), 2022, p. 345.

¹⁶¹ Bertrand LEFEBVRE, « The Indian Corporate Hospitals: Touching Middle Class Lives » dans *Patterns of middle class consumption in India and China* (éd. Christophe JEFFRELOT et Peter VAN DER VEER), SAGE Publications, 2008, pp. 92-93.

¹⁶² John CONNELL, *op. cit.*, 70.

concurrents voisins tels que la Thaïlande.¹⁶³ Grâce à la présence de sa clientèle diasporique, l'industrie du tourisme médical indien a pu réduire les complications liées au phénomène des « industries naissantes », tel que conceptualisé par Alexander Hamilton.

3.2.4. Aspect sociopolitique et réglementaire

Les facteurs étudiés jusqu'à présent ont en commun d'influencer la décision d'opter ou non pour le tourisme médical. Cependant, il arrive parfois qu'un traitement soit complètement indisponible dans le pays d'origine des patients, les laissant sans autre choix que de recourir au tourisme médical pour accéder au soin en question.

Ainsi, les réglementations nationales représentent une source importante du tourisme médical, obligeant les individus à voyager pour obtenir des soins. Parmi les exemples courants, on trouve les avortements, les traitements de fertilité tels que la fécondation in vitro (FIV) ou la maternité de substitution, les chirurgies de changement de sexe, les thérapies par cellules souches et d'autres procédures non approuvées à l'échelle mondiale. Par exemple, les femmes irlandaises peuvent voyager à l'étranger pour avorter, tandis qu'à l'inverse, les familles chinoises se rendaient à Hong Kong pour accoucher afin de contourner la politique de l'enfant unique. Bien que cela puisse être difficile à intégrer dans le cadre du tourisme « médical », certaines personnes se rendent dans les hôpitaux suisses pour l'euthanasie, tandis que d'autres optent pour le tourisme médical afin que la naissance de leur futur enfant ait lieu dans des destinations choisies pour qu'il puisse bénéficier de la citoyenneté du pays.¹⁶⁴

Tout d'abord, les lois locales peuvent restreindre certaines procédures médicales considérées comme immorales ou contraires à l'éthique, ce qui est assez fréquent dans le domaine de la médecine reproductive. Ainsi, des lois restrictives peuvent empêcher certains citoyens d'accéder à ces services, mais elles incitent également les individus plus déterminés à recourir à voyager vers des destinations où

¹⁶³ Ronald LABONTÉ et al. (éd.), « Travelling Well: Essays in Medical Tourism », **Transdisciplinary Studies in Population Health Series**, 4(1), University of Ottawa, 2013, p. 73.

¹⁶⁴ Dan CORMANY « Introduction to the Phenomenon of “Medical Tourism” » dans **Medical tourism and wellness : hospitality bridging healthcare (H2H)** (éd. Frederick J. DEMICCO) », Apple Academic Press, 2017, p. 22.

la juridiction est plus permissive. Par exemple, les Européens se rendent souvent dans des pays comme la Belgique et l'Italie pour des traitements FIV, car ces pays ont moins de législation en matière de procréation médicalement assistée. Ceci est particulièrement fréquent pour les patients de pays comme la France, l'Allemagne et les Pays-Bas, où les traitements de FIV sont soumis à diverses restrictions. Par ailleurs, environ 7.000 Irlandaises se rendent chaque année en Angleterre pour avorter en raison de l'illégalité de l'avortement en Irlande.¹⁶⁵

Deuxièmement, certains pays peuvent fournir des traitements qui sont en phase d'expérimentation dans d'autres pays. Les pays développés ont généralement des procédures d'approbation rigoureuses et longues, ce qui entraîne des retards dans l'introduction de certaines avancées médicales. Cela signifie que certaines procédures médicales peuvent être accessibles dans les pays en développement bien avant d'être approuvées par les organismes de réglementation des pays développés. Par exemple, le Gamma Knife, utilisé en neurochirurgie, a mis plusieurs années avant d'être implanté dans un hôpital à Marseille. Pendant ce temps, les patients français allaient se faire traiter à Barcelone.¹⁶⁶

Qu'il soit judicieux ou non, les patients cherchent de plus en plus des solutions médicales à l'étranger, souvent pour des traitements non approuvés dans leur pays d'origine. Un exemple saisissant est celui du jeune Ashya King, dont les parents l'ont discrètement emmené d'un hôpital de Southampton en Espagne, puis à Prague, afin de bénéficier de la protonthérapie pour sa tumeur cérébrale, un traitement refusé en Angleterre. Cette décision a conduit à des accusations de négligence contre les parents et à l'émission d'un mandat d'arrêt européen. Ce parcours thérapeutique a suscité de vives réactions, soulevant des questions éthiques et morales importantes.¹⁶⁷

La question de l'éthique et de la moralité est également très prégnante en ce qui concerne les transplantations d'organes et les xénogreffes. Effectivement, il existe

¹⁶⁵ Nathan CORTEZ, Patients without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care, *Indiana Law Journal*, 83, 2008, p. 77.

¹⁶⁶ Aïssa KHELIFA, *Mondialisation des soins et tourisme médical*, Institut du Montparnasse, Paris, 2013, pp. 29-30.

¹⁶⁷ Rose Troup BUCHANAN, **Ashya King: Five-year-old arrives in Prague for proton beam therapy treatment**, mise en ligne le 09 septembre 2014, consulté le 24 avril 2024 sur www.independent.co.uk/news/world/europe/ashya-king-fiveyearold-leaves-spanish-hospital-9717530.html

des préoccupations légitimes quant à la vulnérabilité des donneurs d'organes, qui pourraient être influencés par des incitations financières. La Déclaration d'Istanbul condamne fermement le tourisme de transplantation et les pratiques associées.¹⁶⁸ Si la question du don d'organes rémunéré est controversée et interdite dans certains pays, elle est autorisée dans d'autres, comme en Iran, qui a été le premier pays à mettre en place un programme gouvernemental incitatif de don de rein vivant, adopté en 1997. Le gouvernement iranien va même plus loin en incitant les donneurs en offrant une certaine somme d'argent et une assurance maladie d'un an aux donneurs en guise d'appréciation pour leur altruisme.¹⁶⁹

Même si le thème le plus populaire concernant le commerce de la santé immoral est le tourisme de transplantation d'organes, ce phénomène ne peut être réduit à cette seule dimension. En effet, de nouveaux types de services, également appelés « commerce de reproduction », prennent de nouvelles formes, telles que la « vente ou location » d'organes. Ainsi, un nombre croissant de couples hétérosexuels infertiles, de couples de même sexe et de célibataires désireux d'avoir des enfants cherchent à réaliser leur désir de devenir parents de manière transnationale. La législation nationale relative au don commercial d'ovocytes et à la maternité de substitution de certain pays rend possible la parentalité transnationale et tourisme d'assistance à la conception est devenue une activité florissante pour ces pays. Les cliniques des pays et régions du sud de l'Europe, comme l'Espagne, la Crète et Chypre, proposent des « vacances FIV » aux couples recherchant des services de procréation assistée qui n'ont pas pu obtenir ces services dans leur pays d'origine.¹⁷⁰

La majorité de la demande de cliniques espagnoles provient de pays comme l'Allemagne et l'Italie, où le don d'ovules est interdit par la loi. On estime qu'environ trois mille femmes allemandes viennent chaque année en Espagne pour obtenir des ovocytes. À la suite de l'interdiction de l'anonymat pour les donneurs d'ovules et de sperme au Royaume-Uni en 2005, les couples britanniques ont également commencé

¹⁶⁸ SOMMET D'ISTANBUL (30 avril - 2 mai 2008), The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism, **Kidney International**, 74(7), 2008, pp. 854-859.

¹⁶⁹ Alireza Heidary ROUCHI, Mitra MAHDAVI-MAZDEH et Mahnaz ZAMYADI, Compensated living kidney donation in Iran: donor's attitude and short-term follow-up, **Iranian Journal of Kidney Diseases**, Volume 3(1), January 2009, p. 35.

¹⁷⁰ Jyotsna Agnihotri GUPTA, Reproductive biocrossings: Indian Egg Donors and Surrogates in the Globalized Fertility Market, **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, 5(1), Spring 2012, p. 26.

à se rendre en Espagne pour éviter cette exigence. Il est important de noter que les donneuses d'ovules dans les cliniques espagnoles ne sont pas nécessairement elles-mêmes espagnoles. Les femmes immigrées, principalement originaires des pays d'Europe de l'Est, constituent une source importante de donateurs. Les agences de tourisme médical recrutent ces jeunes femmes dans des pays comme la Pologne, la Lituanie, la Lettonie, l'Estonie et l'Ukraine, leur proposant des packages de services rentables, avec en prime des attractions de vacances, et les envoient dans les cliniques pour fournir des ovocytes à leurs « touristes de fertilité ». Cela permet aux clients de choisir des donneurs en fonction de divers critères tels que la taille, le poids, la couleur des cheveux et des yeux, le niveau d'éducation et les préférences professionnelles.¹⁷¹

Parfois, le don d'ovocytes ne suffit pas à subvenir aux besoins des touristes de l'infertilité, qui préfèrent bénéficier de la gestation pour autrui (GPA), autrement dit, la maternité de substitution où une autre femme (la mère porteuse) porte et accouche le bébé pour les parents d'intention. L'internationalisation de ces services, offerts auparavant par des femmes pauvres aux femmes des classes moyennes, a commencé à être exploitée dans le cadre du tourisme de santé. L'Inde, Singapour et la Thaïlande sont des destinations populaires en Asie du Sud, mais un pays plus proche de la Turquie est également réputé dans ce domaine. En effet, malgré son infrastructure médicale délabrée, la Géorgie, jusqu'ici sans réputation en matière de tourisme médical, a trouvé la solution de combler ce manque en se focalisant sur certains domaines, en l'occurrence le tourisme de de l'infertilité. Ainsi, la Géorgie autorise des procédures interdites en Europe, comme le don d'ovules pour la GPA. Les agences de tourisme médical géorgiennes offrent même une base de données de mères porteuses avec des photographies, une pratique largement abandonnée dans d'autres pays en raison de problèmes de confidentialité.¹⁷²

Les activités de tourisme de la fertilité de la Géorgie sont pointées du doigt par la presse turque, qui s'indigne que des couples turcs contournent la réglementation locale qui inflige une peine de prison aux pratiques de GPA.¹⁷³ La presse turque

¹⁷¹ Donna DICKENSON, **Body shopping - The economy fuelled by flesh and blood**, Oneworld Publications, 2008, pp. 4-6.

¹⁷² John CONNELL, (2011) **op. cit.**, 52-53.

¹⁷³ Ayşe Mine ALİOĞLU, **Her şey dahil 31 bin euro!**, mise en ligne le 15 novembre 2018, consulté le 12 avril 2024 sur www.yenisafak.com/gundem/her-sey-dahil31-bin-euro-3408893

mentionne également que la Turquie fait partie des nombreux pays, comme le Royaume-Uni, la Russie, l'Arabie saoudite et l'Inde, où il n'est pas légal pour les familles de choisir le sexe de leurs enfants avant la naissance. Pourtant, des destinations comme Dubaï et la RTCN permettent aux familles de définir le sexe de leur bébé grâce aux méthodes appliquées par FIV.¹⁷⁴ Il est intéressant de constater que l'article met en évidence la tendance intrigante des familles venant de l'Inde cherchant à avoir des garçons, pays qui est pourtant très avancé dans le tourisme médical, démontrant ainsi comment les réglementations peuvent reconfigurer les flux du tourisme médical au niveau mondial.

3.3. Qualité de l'offre médicale

Même lorsque les services de santé sont disponibles et facilement accessibles, et que la différence de coûts médicaux est faible, voire inexistante, les patients peuvent choisir de se faire soigner à l'étranger pour bénéficier de technologies médicales avancées et de médecins hautement qualifiés. En effet, la crédibilité et le professionnalisme des prestataires de soins de santé sont des facteurs cruciaux qui attirent les patients vers les destinations de tourisme médical.

Comme le montre la figure 3.6, la qualité des soins est un facteur beaucoup plus déterminant que le prix des soins ou la rapidité d'accès en ce qui concerne les motivations des touristes médicaux. L'étude de McKinsey a révélé que 40 % des voyageurs médicaux échantillonnés étaient partis à l'étranger parce qu'ils ressentaient le besoin d'accéder à une technologie de pointe. De plus, 32 % étaient partis à l'étranger parce qu'ils souhaitaient un niveau de soins supérieur à celui qu'ils pensaient pouvoir obtenir chez eux. Les patients ayant voyagé aux États-Unis pour des raisons de performance venaient principalement d'Amérique latine (38 %), du Moyen-Orient (35 %), d'Europe (16 %) et du Canada (7 %).¹⁷⁵

L'aspect qualitatif est particulièrement important lorsqu'il s'agit du tourisme médical de 2^{ème} vague (cf. section 2.2.). En effet, depuis la fin du XIX^{ème} siècle, les cliniques et hôpitaux d'Europe occidentale et des États-Unis ciblent les patients aisés

¹⁷⁴ INDEPENDENT TÜRKÇE, **Tüp bebekte cinsiyet seçimi Dubai'de serbest, Türkiye'de yasak. Diyanet bu konuda ne diyor?**, mise en ligne le 11 septembre 2019, consulté le 15 avril 2024 sur www.indyturk.com/node/69701

¹⁷⁵ Tilman EHRBECK, Ceani GUEVARA et Paul D. MANGO, **op. cit.** 4.

du monde entier à la recherche des meilleurs traitements médicaux, technologiques et innovants. La médecine américaine s'est imposée comme le centre de l'innovation et de la qualité médicale après la Seconde Guerre mondiale, avec le développement d'un arsenal de traitement pour guérir un large éventail de maladies telles que le diabète, l'arthrite et les infections. Cette tendance s'est poursuivie et s'est intensifiée au cours des années 1960, période durant laquelle les États-Unis disposaient d'installations médicales et de fonds inégalés pour soutenir la recherche et l'innovation dans de nombreux aspects du traitement médical. Dans les années 1980, des centres de recherche médicale américains renommés, comme la Mayo Clinic, le Stanford University Medical Center, l'hôpital Johns Hopkins et la Cleveland Clinic, se sont imposés comme des centres d'excellence en tourisme médical. À la fin du XX^{ème} siècle, environ un quart de million de patients internationaux cherchaient chaque année un traitement médical aux États-Unis.¹⁷⁶

Cependant, il est important de noter que les pays en développement ont également réalisé des progrès significatifs dans la qualité de leurs services de tourisme médical. Ils sont désormais en mesure de rivaliser avec les destinations de tourisme médical établies, non seulement en termes de coût mais également en termes de qualité des résultats et des commodités fournies. Il y a trente ans, il aurait été difficile d'imaginer que des pays comme la Turquie puissent attirer des patients pour un traitement médical, selon Sertaç Çiçek, professeur de chirurgie cardiaque et thoracique pédiatrique à l'hôpital universitaire de Virginie occidentale. Le professeur Çiçek précise également que lorsqu'il travaillait à Mayo Clinic en 1995, environ 25 % de leurs patients étaient des touristes médicaux, alors que maintenant ce pourcentage serait tombé à environ 1-2 %. Cette tendance serait également observée à la Cleveland Clinic. Le professeur Çiçek attribue ce changement à la création d'installations médicales de haute qualité dans les pays d'origine des patients.¹⁷⁷

Ainsi, il serait erroné d'évaluer le niveau de développement du tourisme médical d'un pays en se basant uniquement sur le niveau de développement général du pays et d'adopter une approche réductrice en affirmant que les pays en

¹⁷⁶ Elizabeth Anne JENNER, *Unsettled borders of care: medical tourism as a new dimension in America's health care Crisis*, **Research in the Sociology of Health Care**, 26, 2008, p. 237.

¹⁷⁷ Sertaç ÇİÇEK, « **Sağlık Turizmi Forumu'nun 1. Oturumu: Hekim Gözüyle Sağlık Turizmi** », événement organisé par Medikal Akademi, mise en ligne le 20 mars 2021 et consulté le 14 avril 2024 sur www.youtube.com/watch?v=plSDTtueUsM (intervention entre 15mn33 et 16mn20)

développement sont principalement des destinations « low-cost » du tourisme médical. Même le niveau de développement du secteur médical ne peut constituer une base fiable pour évaluer la qualité des prestations médicales destinées aux touristes médicaux, car un système dual déséquilibré est souvent observé dans la plupart des pays phares du tourisme médical. Ainsi, un pays sous-développé avec un système médical défaillant peut très bien disposer d'hôpitaux hautement qualifiés (cf. section 6.2.2.).

En effet, bien que la plupart des établissements médicaux des pays en développement présentent des faiblesses bien connues en matière de personnel et de fournitures, les établissements qui desservent une clientèle internationale respectent des normes supérieures, parfois même meilleures que leurs homologues dans les pays développés. Ces établissements respectent les normes internationales de soins et de sécurité sanitaire, la plupart de leurs médecins sont formés et ont même travaillé dans des hôpitaux reconnus en Amérique ou en Europe. De plus, ces hôpitaux sont équipés de matériel électronique et de diagnostic à jour.

Par ailleurs, la disponibilité des médecins traitants 24 heures sur 24 et un ratio infirmière-patient plus élevé sont également garantis dans ces établissements, où la disposition de chambres individuelles pour les patients est la norme. Par exemple, alors que les médecins de famille aux États-Unis voient 35 patients par jour, certains médecins de famille mexicains n'en voient que 10 par jour. Au Mexique, un spécialiste peut passer entre 30 minutes et une heure avec un patient, contre seulement quelques minutes aux États-Unis. Cela affecte inévitablement la perspicacité des diagnostics et permet le développement de relations personnelles, de loyauté et de confiance entre le patient et le médecin, améliorant ainsi la qualité des soins médicaux prodigués.¹⁷⁸

Il serait erroné de dire que les nombreuses personnes du Bangladesh se rendant en Inde pour par exemple une angioplastie le font uniquement pour des raisons d'économie de coûts. Ces patients apprécient la fiabilité du traitement, le risque moindre d'infections nosocomiales, la probabilité réduite d'erreurs de diagnostic et

¹⁷⁸ Kim HYO-MI et al., Medical tourism from US to border region of Mexico, **Medical Tourism Magazine**, 12, 2013, pp. 70-75.

de fautes professionnelles, les transfusions non contaminées et la disponibilité des médicaments essentiels. De plus, l'Inde offre l'accès à des équipements qui ne sont pas disponible au Bangladesh. Contrairement aux idées reçues, cette même réalité peut également s'appliquer aux individus originaires d'Europe, des Etats-Unis ou du Canada. En effet, un hôpital de premier rang en Inde ou en Thaïlande peut disposer d'un équipement supérieur et d'un personnel plus spécialisé qu'un établissement médical sous-financé dans une zone rurale du Tennessee.¹⁷⁹

Présenter les faits de manière plus concrète s'avère nécessaire. L'Escorts Heart Institute and Research Center à Delhi et Faridabad, en Inde, réalise environ 15.000 chirurgies cardiaques par an, avec un taux de mortalité chirurgicale de seulement 0,8 %, soit la moitié du taux observé dans la plupart des grands hôpitaux des États-Unis.¹⁸⁰ De même, à l'Asian Hospital and Medical Center à Manille, aux Philippines, le taux de mortalité dû aux chirurgies cardiaques est de 1,4 %, comparé à 3,09 % pour l'ensemble des États-Unis.¹⁸¹

Malgré ces faits avérés, convaincre les potentiels touristes médicaux reste un défi pour les établissements médicaux. En effet, persuader des visiteurs potentiels venant de loin que les soins médicaux dans des pays exotiques sont comparables à ceux disponibles chez eux, en termes de résultats, de sécurité et de technologie médicale est particulièrement difficile, surtout lorsque des préjugés persistent quant à l'image du pays. Les médias des pays développés ou des pays concurrents ne facilitent pas cette tâche et diffusent souvent des programmes sur des cas d'échecs dans le tourisme médical, alors même que dans les contextes occidentaux, la chirurgie esthétique peut présenter des défis et la réussite dans ce domaine est assez relatif. Par exemple, alors que l'Inde cherchait à développer son marché en Allemagne, la station de radio allemande Deutsche Welle soulignait que n'avait pas exactement la réputation d'excellence en matière de santé et d'hygiène.¹⁸²

¹⁷⁹ David REISMAN, *op. cit.*, 53.

¹⁸⁰ Marvin CETRON, *Discours à l'Université de Delaware*, mise en ligne le 25 juillet 2005 et consulté le 04 mai 2024 sur www1.udel.edu/PR/UDaily/2005/mar/tourism072505.html

¹⁸¹ Eric Michael SANTOS, Taking excellence to heart, *Medical Tourism Magazine*, (5), 2008, p. 25.

¹⁸² John CONNELL, « Tummy Tucks and the Taj Mahal? Medical Tourism and the Globalization of Health Care », *Tourism Management - Analysis, Behaviour and Strategy* (éd. Arch G. WOODSIDE et Drew MARTIN), CAB International, 2008, p. 234.

Aucune destination n'échappe à ces campagnes de dénigrement, y compris la Turquie. En effet, plusieurs cas médiatisés ont été soulevés lors d'un webinar portant sur le tourisme médical en Turquie.¹⁸³ De même, le PDG d'un grand groupe hospitalier turc s'est indigné du fait que presque chaque année, pendant les mois d'avril et de mai, des scandales d'accidents médicaux survenus en Turquie étaient médiatisés sur la chaîne de télévision allemande ZDF dans le but de dissuader les personnes de se rendre en Turquie pour y recevoir des soins.¹⁸⁴

Même si l'ancien PDG de HIB¹⁸⁵ se félicitait de « vendre des Cadillac à des prix de Chevy », il existe également une perception selon laquelle les soins médicaux bon marché peuvent être considérés comme inférieurs. Quoi qu'il en soit, ces facteurs contribuent à la perception injustement médiocre des établissements de tourisme médical dans les pays en développement, ce qui constitue un véritable problème qu'ils doivent résoudre et les discours ne suffisent pas à changer cette perception. Les solutions plus appropriées sont abordées dans la prochaine section.

3.4. Accréditation et partenariat

L'un des principaux obstacles à l'expansion du tourisme médical dans les pays en développement réside dans la difficulté de convaincre les patients internationaux de la qualité des soins médicaux qu'ils fournissent. Si dans un premier temps le défi était de diffuser l'information à des clients potentiels n'ayant pas accès aux données pertinentes avec les progrès des technologies de communication, en particulier l'avènement d'Internet, ce souci a été atténué.¹⁸⁶

Cependant, en raison de la nature spécifique des services de santé, la collecte d'informations pertinentes continue de poser des défis. En effet, le fait qu'il soit

¹⁸³ Rıfat Atilla ARINCI, **Sağlık Turizmi | getirdikleri, götürdükleri**, Webinar organisé par Istanbul Tabip Odası, mise en ligne le 19 janvier 2021 et consulté le 02 mars 2024 sur www.youtube.com/watch?v=QPpLYevYdFY (intervention entre 1h13mn40 et 1h18mn45)

¹⁸⁴ Uğur GENÇ, **Sağlık Turizmi Forumu'nun 4. Oturumu: Sağlık Turizmine Stratejik Bakış ve Yurt Dışı Yatırımlar**, événement organisé par Medikal Akademi, mise en ligne le 20 mars 2021 et consulté le 14 avril 2024 sur www.youtube.com/watch?v=JBv6rZ2ZgWI (intervention entre 43mn08 et 43mn25)

¹⁸⁵ THE ECONOMIST, **Operating profit**, mise en ligne le 14 août 2008 et consulté le 01 juin 2024 sur www.economist.com/briefing/2008/08/14/operating-profit

¹⁸⁶ David GEFEN, Elena KARAHANNA et Detmar W. STRAUB, Trust and TAM in Online Shopping: An Integrated Model, **MIS Quarterly**, 27(1), 2003, pp. 51-90, DOI : <https://doi.org/10.2307/30036519>

presque impossible d'expérimenter personnellement le service médical avant de prendre une décision définitive limite l'utilisation des TIC dans la promotion du tourisme médical. De plus, comme mentionné précédemment, la prolifération de désinformation dans ce domaine exerce indéniablement une influence plus profonde sur les processus décisionnels des patients. Le problème du manque d'information avant l'ère de l'Internet a été ainsi remplacé par la préoccupation de la désinformation ou de la mésinformation. Par conséquent, persuader les patients que des soins médicaux abordables fournis dans les pays en développement sont équivalents à ceux disponibles ailleurs en termes de résultats, de compétence, de respect des normes de sécurité, d'hygiène et de qualité reste donc une tâche délicate et difficile à accomplir pour les établissements de tourisme médical.

C'est dans un tel contexte que l'accréditation et la certification des établissements médicaux par des organismes internationaux reconnus ont acquis une importance déterminante pour la plupart des patients et par conséquent pour les établissements de tourisme médical.

L'accréditation est une attestation formelle délivrée par un tiers, confirmant la compétence d'un organisme à s'acquitter des fonctions pour lesquelles il a été accrédité. Elle peut être volontaire ou exigée par une administration publique. Le processus d'accréditation est principalement volontaire et sert à démontrer la conformité aux normes prescrites. Ainsi, l'établissement demandeur choisit de sa propre initiative à être accrédité pour inspirer confiance à ses clients, se différencier de ses concurrents et répondre à ses besoins internes.¹⁸⁷

Dans le cadre de cette étude, l'accréditation est définie comme un processus par lequel les établissements de soins de santé sont évalués par une entité indépendante afin de vérifier leur conformité avec un ensemble de normes destinées à améliorer la qualité des soins. Grâce au processus d'accréditation, les attributs de l'établissement médical sont validés. Cette validation implique généralement une analyse, une évaluation et un audit menés conformément aux normes ou exigences établies par l'organisme d'accréditation. À la fin de ce processus, les attributs, la

¹⁸⁷ SQALPI, **Guide sur le bon usage de l'accréditation dans la réglementation**, Paris : ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique | Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, 2011, p. 11.

qualité, les qualifications ou le statut de l'objet ou de l'individu sont évalués et confirmés par la délivrance d'un certificat écrit. L'évaluation et la vérification sont effectuées pour assurer la conformité aux normes établies.¹⁸⁸

Même si les progrès de la communication ont facilité l'accès à l'information, comme cela a été précédemment exposé, la compétence technique et la qualité des soins ne peuvent être évaluées avec précision que par des professionnels compétents. Partant de ce constat, il devient de plus en plus courant pour les établissements médicaux impliqués dans le tourisme médical de solliciter une accréditation auprès d'un organisme réputé afin de rassurer les patients hésitants.

Ce dernier point mérite d'être approfondi par le biais d'une enquête quantitative menée auprès d'un échantillon de 1.000 personnes prédisposées à envisager la chirurgie esthétique. Cette étude démontre qu'il est possible de classer le potentiel du tourisme médical en trois catégories distinctes : les favorables, les hésitants et les réticents. Parmi les favorables, qui représentent 35 % de l'échantillon, certains sont d'ores et déjà prêts à partir se faire opérer à l'étranger. Les hésitants, représentant 19 % de l'échantillon, sont assez sceptiques quant au tourisme médical, mais peuvent envisager cette option si certaines assurances sont fournies. Quant aux « réticents », représentant 45,8 % de l'échantillon, ils présentent une résistance formelle à l'idée de se faire opérer à l'étranger.¹⁸⁹

L'importance de l'accréditation est mise en évidence par ces résultats, car elle possède le potentiel d'influencer de manière significative le processus de prise de décision des 19 % d'« hésitants » au tourisme médical en leur apportant l'assurance qu'ils attendent, tout en consolidant la décision des 35 % de « favorables ». Elle pourrait même peut-être faire changer l'avis d'une partie des 45,8 % de « réticents », puisque parmi les raisons invoquées pour le refus de subir une intervention de chirurgie esthétique à l'étranger figurent le manque de respect des normes de sécurité et d'hygiène, la performance des établissements étrangers, la renommée des chirurgiens et, enfin, le manque d'information.

¹⁸⁸ Kemal Güven GÜLEN et Selma DEMİRCİ, *Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü*, n° 2011-39, İstanbul Ticaret Odası (İTO) Yayınları, 2012, pp. 87-88.

¹⁸⁹ Moezz SEDKAOUİ et Sébastien VALVERDE, L'expérience d'Ypsée sur le marché émetteur français du tourisme médical », *Les cahiers espaces*, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 64-65.

Les résultats de l'étude Deloitte menée aux États-Unis ont donné des résultats quantitatifs similaires, avec 39 % des participants indiquant qu'ils seraient disposés à poursuivre un traitement médical à l'étranger si la qualité des soins était supérieure et pourrait entraîner des économies supérieures à 50 %.¹⁹⁰

Il convient de préciser qu'il n'existe pas d'autorité consensuelle en matière d'accréditation dans le domaine du tourisme médical. Toutefois, la Société internationale pour la qualité des soins de santé (ISQua) joue un rôle important en tant qu'organisation faîtière non gouvernementale regroupant les organismes d'accréditation dans le domaine de la qualité des soins de santé. Le recensement de l'ISQua comprend une grande variété d'acteurs, notamment des organismes publics tels que la Haute Autorité de Santé de France (HAS), le Conseil australien des normes de soins de santé (ACHS), l'Agence andalouse pour les soins de santé (ACSA), l'Agence d'accréditation des institutions de soins de santé de Serbie (AZUS), l'Institut d'accréditation et de qualité des soins de santé de Turquie (TUSKA), ainsi que des organismes privés ou autonomes présentant un niveau de professionnalisme variable, tels que la Joint Commission International (JCI), Temos International, Vellnezmed, le Consortium des organisations de soins de santé accréditées (CAHO) ou encore l'Agrément Canada (AC), pour n'en citer que quelques-uns.¹⁹¹

Les organismes d'accréditation ne desservant que les établissements d'un pays spécifique, tels que la HAS ou l'AZUS, ont évidemment peu, voire aucun intérêt pour le tourisme médical. Ce constat est également valable pour TUSKA, qui ne mentionne que neuf établissements médicaux accrédités sur son site internet.¹⁹²

La Turquie a défini une liste de 19 documents délivrés par différents organismes d'accréditation, qui sont présentés dans l'annexe du circulaire sur les procédures et principes de mise en œuvre des services de santé et de tourisme sportif

¹⁹⁰ Paul H. KECKLEY, et Howard R. UNDERWOOD, **Medical tourism: consumers in search of value**, Washington DC : Deloitte Center for Health Solutions, 2008, p. 5.

¹⁹¹ Rosa Mayelín GUERRA BRETANA et Yudi MARIN, Accreditation and certification of hospital quality: different or similar, **Revista Ingeniería Biomédica**, 11(21), 2017, pp. 35-41.

¹⁹² TUSKA, **TUSKA'dan Akredite Olan Kuruluşlar**, (s.d), consulté le 02 juin 2024 sur <https://tuska.tuseb.gov.tr/akreditasyon/tuskadan-akredite-olan-kuruluslar>

de la décision n° 5448 sur l'identification, la classification et le soutien des exportations de services.¹⁹³

Le programme d'agrément Qmentum de l'Agrément Canada et l'ACHS International mériteraient également une attention particulière. Toutefois, cette étude se contentera d'examiner principalement la JCI, l'organisation la plus demandée et donc le plus influent dans ce domaine, reconnue comme étant le leader mondial en matière d'accréditation des soins de santé. Par ailleurs, malgré leur importance, notamment dans certaines régions du monde, aucun établissement en Turquie n'a été accrédité par l'ACHSI¹⁹⁴ ou l'Agrément Canada.¹⁹⁵

Après avoir présenté le JCI et de son importance dans l'accréditation des établissements de tourisme médical, ce sous chapitre examinera la stratégie d'affiliation à des institutions prestigieuses comme un autre moyen d'obtenir une reconnaissance internationale.

3.4.1. Joint Commission International (JCI)

Si la JCI est largement considérée comme le « primus inter pares » des organismes d'accréditation du tourisme médical, c'est grâce à ses critères stricts de qualité et de sécurité des soins de santé, à son influence inégalée aux États-Unis, ainsi qu'à sa réputation de longue date dans le secteur. En effet, au fil des années, l'accréditation JCI a acquis une reconnaissance internationale, se positionnant comme une norme d'excellence de premier plan. C'est pourquoi il apparaît essentiel de retracer, ne serait-ce que brièvement, l'histoire de cet organisme.

¹⁹³ Annexe-5B sportif de la décision n° 5448 sur l'identification, la classification et le soutien des exportations de services consultable sur le site du ministère du Commerce :

<https://ticaret.gov.tr/destekler/hizmet-sektoru-destekleri/hizmet-ihracatinin-tanimlanmasi-siniflandirilmasi-ve-desteklenmesi-hakkinda-karar/saglik-ve-spor-turizmi-hizmetleri-sektoru>

¹⁹⁴ Au moment de la rédaction de ce mémoire, 109 établissements dans 20 pays étaient accrédités par l'ACHSI. Les pays du Golfe ont une présence notable sur la liste, avec les UAE (20 accrédités), l'Arabie saoudite (18 accrédités) et Oman (11 accrédités).

¹⁹⁵ Mis à part de nombreux établissements au Canada, et à l'exception du Brésil, qui est un cas exceptionnel avec 355 établissements accrédités indirectement, 182 établissements dans 26 pays ont été accrédités par le programme Qmentum de l'Agrément Canada. Une fois de plus, les pays du Golfe ont une présence notable sur la liste de l'AC, avec le Qatar (37 accrédités), le Bahreïn (27 accrédités), les UAE (24 accrédités) et le Koweït (16 accrédités).

L'American College of Surgeons, l'American College of Physicians, l'American Hospital Association, l'American Medical Association et le Canadian Medical Association se sont associés en 1951 pour créer le « Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) », le premier organisme d'accréditation dans le secteur de la santé.

En 1987, avec l'élargissement de ses programmes d'accréditation pour inclure les établissements de santé autres que les hôpitaux, l'organisme a changé de nom pour devenir la « Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ».

Grâce à la création de la JCI, unité à but non lucratif de JCAHO pour les services d'accréditation internationale, l'organisme commence en 1999 à fournir des services d'accréditation aux établissements de santé du monde entier. Depuis, JCI inspecte et accrédite les institutions de santé dans plus de 80 pays, s'appuyant sur un référentiel comprenant plus de 500 normes. Ces normes couvrent divers aspects tels que la qualité des soins, l'administration efficace des médicaments, la mise en œuvre des procédures de sécurité, la tenue des dossiers médicaux, etc. Ce qui revient à dire que même si la JCI a été officiellement créée en 1999, la longue histoire et l'expérience de l'institution remontent à plusieurs décennies, jusqu'à la création de la JCAH en 1951.

En 1999, l'Hôpital Israélite Albert Einstein (HIAE) du Brésil est devenu le premier hôpital à être accrédité par la JCI, tandis que le HIB en Thaïlande a été le premier hôpital en Asie à obtenir cette accréditation le 02 février 2002. Quant à la Turquie, l'hôpital Memorial a la distinction d'être le premier hôpital privé du pays et le 21^{ème} au monde à recevoir l'accréditation de la JCI le 29 mars 2002. L'Hôpital universitaire Hacettepe pour adultes est le premier hôpital public à obtenir cette accréditation en 2007. En 2010, 39 établissements de santé turcs, dont cinq affiliés à des universités, avaient reçu l'accréditation de la JCI.¹⁹⁶ Malgré des fluctuations observées au fil des ans, le nombre d'établissements accrédités a continué de croître et la Turquie avait recensé un pic de 54 établissements accrédités en 2013, ce qui la

¹⁹⁶ Ahmet YILDIZ, *Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede çalışan hemşirelerin akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi hakkındaki algıları*, mémoire de master, Ankara : Hacettepe Üniversitesi, 2010, p. 57.

plaçait au 3^{ème} rang mondial parmi les 59 pays recensés, derrière les UAE (65 accrédités) et l'Arabie Saoudite (61 accrédités).¹⁹⁷

Toutefois, l'accréditation a un coût non négligeable. En effet, le somme moyenne facturée par la JCI s'élève à 46.000 \$, auxquels s'ajoutent les frais de déplacement et d'hébergement des experts-visiteurs, ainsi que les coûts internes de mise en œuvre des démarches nécessaires, pouvant atteindre plusieurs dizaines de milliers de dollars supplémentaires en fonction de la taille et de la complexité de l'établissement hospitalier. De plus, le label JCI est valide pour une durée de trois ans, et les établissements doivent payer des frais supplémentaires pour maintenir leur statut d'accréditation après cette période. Par conséquent, il existe autant de facteurs incitatifs que dissuasifs à l'obtention de l'accréditation, ce qui explique les fluctuations fréquentes du nombre d'établissements accrédités dans différents pays.¹⁹⁸

Ainsi, au 6 août 2023, 36 établissements de santé en Turquie sont accrédités par la JCI. Cela rétrograde la Turquie au 7^{ème} rang mondial parmi les 74 pays recensés, toujours derrière les UAE (213 accrédités) et l'Arabie Saoudite (110 accrédités), qui ont augmenté de manière spectaculaire le nombre de leurs établissements accrédités mais aussi par le Brésil (70 accrédités), la Thaïlande (61 accrédités), l'Inde (45 accrédités) et la Chine (41 accrédités). Il n'est pas certain que cette baisse se maintienne, mais si tel était le cas, elle pourrait potentiellement compromettre la viabilité globale du tourisme médical en Turquie.

En effet, les études sur le tourisme médical en Turquie précisent souvent que l'un des avantages les plus frappants du pays est l'abondance d'établissements de santé accrédités par la JCI.¹⁹⁹ Ce n'est d'ailleurs pas surprenant que la plupart des installations médicales nouvellement construites dans les « healthcare cities » soient

¹⁹⁷ Le site internet de la JCI ne fournit que des données actualisées et ne possède pas d'archives accessibles. Ces données historiques ont été obtenues via archive.org en utilisant diverses versions archivées du site de la JCI.

¹⁹⁸ Aïssa KHELIFA, *op. cit.*, 60-61.

¹⁹⁹ Menekşe KILIÇARSLAN, Swot Analysis of Health Tourism in Turkey, **Electronic Journal of Social Sciences**, 18(71), Summer 2019, p. 1142.

conçues pour se conformer aux normes de cette accréditation, espérant ainsi attirer les patients internationaux.²⁰⁰

Par ailleurs, l'accréditation par la JCI permet également d'améliorer l'image des établissements médicaux auprès de la population locale, démontrant ainsi leur engagement envers la qualité et la sécurité des soins. Après avoir reçu l'accréditation JCI pour son hôpital de Delhi, Apollo Hospitals affirmait avec fierté dans ses brochures qu'ils « portent haut la flamme indienne ».²⁰¹

Cependant, il convient de mentionner également que les établissements médicaux de la plupart des pays réputés pour leur excellence et leur rigueur médicale, tels que l'Allemagne, la Suisse ou la France, ne ressentent pas le besoin d'être accrédités par la JCI. À partir de ce constat, cette absence d'accréditation dans ces pays pourrait offrir une perspective optimiste dans l'interprétation de la baisse des établissements turcs accrédités.

3.4.2. Affiliation comme méthode de reconnaissance internationale

Certains prestataires de soins de santé ont recours à d'autres alternatives que l'accréditation afin d'améliorer leur visibilité et leur crédibilité. En effet, de nombreux établissements choisissent de nouer des partenariats avec des institutions médicales de renommée internationale, ce qui peut fournir un niveau d'assurance tout aussi, sinon plus, rassurant que l'accréditation JCI. Il ne faut pas penser que ces démarches sont contradictoires. Au contraire, elles doivent plutôt être considérées comme se renforçant mutuellement et étant complémentaires. Par exemple, l'hôpital Kent, l'un des principaux hôpitaux haut de gamme de Turquie, construit selon les directives de l'American Institute of Architects, a signé un partenariat avec la clinique Mayo qui lui a fourni des conseils sur les directives médicales et les protocoles administratifs. Cet hôpital a été, en 2006, l'un des premiers hôpitaux turcs à être accrédité par la JCI.²⁰²

²⁰⁰ Jamil BENABDALLAH et Joseph TOMATIS, *op. cit.*, 29.

²⁰¹ Bertrand LEFEBVRE, *op. cit.*, 96.

²⁰² Suite à son rachat par un autre groupe hospitalier, l'établissement change de nom et le site Web de l'hôpital devient obsolète. Pour cette raison, ces informations ont pu être récupérées à partir de diverses sources secondaires.

Etablir un partenariat ou une affiliation avec une école de médecine ou une institution médicale étrangère présente des avantages implicites à la fois pour l'établissement affilié et pour les patients potentiels. Cette démarche garantit l'accès des établissements de santé aux dernières avancées médicales et aux meilleures pratiques. Cependant, les partenariats entre entités étrangères et locales du secteur médical peuvent varier en termes de niveau d'engagement. Dans certains cas, le partenariat se limite à un simple service de conseil. Dans des partenariats plus solides, le partenaire étranger s'assure du respect des normes médicales, de la sécurité des données et de la qualité du travail du personnel médical. Les partenariats les plus robustes impliquent le transfert de savoir-faire opérationnel, le détachement de médecins pour soutenir les équipes locales, voire une participation à la gestion des activités médicales de l'établissement. De plus, ces partenariats peuvent englober la mise en place de programmes de formation pour le personnel, accompagnés de la délivrance de certificats aux participants.²⁰³

Un recueil des partenariats des principaux hôpitaux américains, répertoriés dans diverses sources, est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3.8 : Partenariats des hôpitaux américains

ETABLISSEMENT MEDICAL Domaines clés d'intervention international	PARTENARIATS PHARES
UNIVERSITY OF PITTSBURGH MEDICAL CENTER Recherche et éducation pour tous les soins médicaux spécialisés.	Partenariat avec la région de Sicile (Italie) pour développer un hôpital à Palerme. Possède un centre médical au Qatar et un centre de cancérologie à Dublin. Création d'une coentreprise avec GE Healthcare afin d'établir 25 centres de traitement du cancer en Europe, au Moyen- Orient et en Asie.
NEWYORK-PRESBYTERIAN MEDICAL CENTER	Affiliation de recherche avec l'hôpital San José Tec de Monterrey, au Mexique
HARVARD MEDICINE Toutes spécialités; formation, conseil médical, planification des infrastructures.	Plus de 50 programmes développés dans plus de 30 pays sur cinq continents. Partenariat avec l'hôpital Wockhardt en Inde. Dubai Healthcare City lance l'University Hospital : Hôpital universitaire de soins tertiaires de 400 lits.
MEMORIAL SLOAN- KETTERING CANCER CENTER Services de conseil pour un large éventail de cancers.	Relations établies avec des institutions au niveau mondial : Hong Kong, Barcelone, Genève, Athènes, São Paulo, Séoul, Istanbul, Singapour et aux Philippines. Partenariat avec le à Manille aux Philippines.

²⁰³ Stephen T. GREEN et Hannah KING, « Independent Health Care Accreditation: Medical Tourism and Other International Aspects », dans **Risks and Challenges in Medical Tourism** (éd. Jill R. HODGES, Leigh TURNER et Ann Marie KIMBALL), ABC-CLIO, 2012, p. 240.

CORNELL MEDICAL SCHOOL Recherche et éducation avec tous les soins médicaux spécialisés.	A ouvert une école de médecine au Qatar et un institut de recherche et de conseil à Séoul.
DUKE MEDICINE Éducation, formation, recherche biomédicale.	Partenariat avec NUS pour ouvrir Duke-NUS Medical Graduate School à Singapour.
JOHNS HOPKINS HOSPITAL Recherche collaborative, formation pour les médecins et autres personnels techniques, planification des politiques de services médicaux.	Partenariat avec des hôpitaux et des cliniques dans 17 pays tel que le Japon, Singapour (Centre médical international de Singapour), l'Inde (Apollo), les UAE, le Canada, le Liban, la Turquie, l'Irlande, le Portugal, la Chili (Clinica las Condes) et le Panama (Hôpital Punta Pacífica).
CLEVELAND CLINIC Toutes spécialités ; cliniques, programme de santé préventive et bien-être.	Possède des installations au Canada et à Vienne (Autriche). Exploite un hôpital de 360 lits au Sheikh Khalifa Medical City à Abu Dhabi. Partenariat avec la Clinica Hospital San Fernando et le Centro Medico Paitilla du Panama.
COLUMBIA UNIVERSITY MEDICAL CENTER Éducation et compétences en médecine de soins primaires, préventifs et communautaires basés sur la population. Recherche médicale collaborative, consultations cliniques, formation des médecins, etc.	Collaboration entre l'Université Ben-Gurion du Néguev pour la création du Medical School for International Health (MSIH). Affiliations avec American Hospital Paris, Florence Nightingale Hospital à Istanbul, et St. Luke's Medical Center aux Philippines. La Columbia University College of Physicians and Surgeons a des accords avec des hôpitaux à Beersheba.
Source : Adapté par l'auteur depuis le tableau présenté dans Paul H. KECKLEY et Howard R. UNDERWOOD, <i>op. cit.</i> , 5 et en intégrant les données des sources suivantes; Kathy STOLLEY et Stephanie WATSON, <i>op. cit.</i> , 68-69; John CONNELL, <i>op. cit.</i> 86-87, David REISMAN, <i>op. cit.</i> , 74-75 ; Josef WOODMAN, Patients Beyond Borders: Everybody's Guide to Affordable, World-Class Medical Travel , Healthy Travel Media, 2015, p. 53 et Devon M. HERRICK, Medical Tourism: Global Competition in Health Care , NCPA Policy Report, 304, November 2007, pp. 16-17.	

Par ailleurs, les partenariats peuvent revêtir des caractères complexes, comme le cas de l'hôpital Wockhardt en Inde, qui d'un côté collabore avec Harvard Medical International et de l'autre, apporte son expertise dans la mise en place et le fonctionnement d'un hôpital à Abu Dhabi.²⁰⁴ Une situation similaire est observée chez l'Hôpital Apollo, qui entretient un partenariat avec le Johns Hopkins Hospital, tout en coopérant avec des établissements dans divers pays tels que l'Éthiopie, la Malaisie, Maurice, les Philippines, le Népal et les Seychelles.²⁰⁵ Alors que certains de ces partenariats peuvent revêtir un caractère prestigieux, notamment celui qu'a Apollo avec le Johns Hopkins Hospital, d'autres peuvent être davantage axés sur des intérêts commerciaux. Cette diversité dans les partenariats reflète la variété des objectifs et des stratégies de collaboration adoptés par les institutions médicales.

Il est en effet remarquable que de nombreux établissements médicaux établissent plusieurs partenariats simultanément. Par exemple, le Clinica Hospital

²⁰⁴ David REISMAN, *op. cit.*, 74.

²⁰⁵ John CONNELL, (2011) *op. cit.*, 70.

San Fernando et le Centro Medico Paitilla, au Panama, ont des partenariats avec la Cleveland Clinic, le Tulane University Medical Center, le Baptist Hospital South Florida et le Miami Children's Hospital. De même, le St Luke's Medical Center à Manille est associé à la Columbia University College of Physicians and Surgeons, à la Weill Cornell Medical College et au Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.²⁰⁶

Ces collaborations multiples démontrent la volonté des établissements médicaux d'accéder à une gamme étendue d'expertises et de ressources provenant d'institutions renommées à travers le monde. Par exemple, la Columbia University College of Physicians and Surgeons a également des accords avec des hôpitaux à Paris, Beersheba et Istanbul, tandis que le Memorial Sloan-Kettering Cancer Center entretient des relations avec des institutions à Hong Kong, Barcelone, Genève, Athènes, São Paulo, Istanbul et Singapour. Ces partenariats diversifiés offrent des avantages mutuels en termes d'échange de connaissances, de recherche collaborative et d'amélioration des soins médicaux à l'échelle mondiale.²⁰⁷

Il est en effet question d'un avantage mutuel significatif, car les établissements mères profitent également de ces partenariats en étendant leurs activités à l'international. Lorsqu'un patient des établissements affiliés souhaite être suivi à l'étranger, il est naturellement orienté prioritairement vers les établissements mères, ce qui accroît leur rayonnement et leur influence à l'échelle internationale. L'importance de cette relation symbiotique devient plus évidente lorsque l'on considère les propos du Dr Çiçek (cf. section 3.3.). De même, Vikram Kapur, associé chez Bain & Company, confirme cette observation en notant que si la Chine était autrefois exportatrice de patients, désormais, des hôpitaux américains tels que Johns Hopkins, la Cleveland Clinic et l'University of Pittsburgh Medical Center établissent des coentreprises avec des établissements chinois pour offrir des services localement.²⁰⁸

Si près d'une dizaine d'établissements médicaux turcs ont signé des partenariats avec des établissements américains, il convient de mettre en lumière

²⁰⁶ David REISMAN, *op. cit.*, 74.

²⁰⁷ *Ibid.*

²⁰⁸ THE ECONOMIST, **How the medical-tourism business thrives**, mise en ligne le 28 juillet 2018 et consulté le 02 mai 2024 sur www.economist.com/business/2018/07/28/how-the-medical-tourism-business-thrives

deux d'entre eux qui se distinguent par leur contenu significatif. Le premier concerne le partenariat entre le Centre Médical Anadolu et Johns Hopkins Medicine, qui englobe la formation et le conseil au personnel clinique et administratif, l'amélioration de la performance, le développement de programmes cliniques, la gestion des patients, ainsi que la qualité et la sécurité des soins. Ce partenariat inclut également des formations et des aspects de gestion au sein de l'hôpital Johns Hopkins. Le deuxième partenariat notable est celui entre le groupe Acıbadem et Harvard Medical International, bien qu'il ait pris fin en 2007. Les domaines de coopération de ce partenariat comprenaient le fonctionnement hospitalier, le développement organisationnel, le perfectionnement du personnel clinique, les programmes de soins infirmiers, ainsi que la gestion des ressources humaines.²⁰⁹

Tableau 3.9 : Hôpitaux turcs affiliés aux établissements médicaux américains

CENTRE MEDICAL ANADOLU
John Hopkins Médecine
HOPITAL AMERICAIN
Massachusetts General Hospital, Boston
FLORENCE NIGHTINGALE
Centre de cancérologie Memorial Sloan-Kettering (New York), Hôpital méthodiste (Houston), Centre médical de l'Université Columbia (New York), Collège médical Weill de Cornell Université (New York), Institut du cancer Barbara Ann Karmanos (Detroit), Collège Baylor de médecine (Houston), Centre de thérapie cellulaire et d'immunothérapie du cancer (Tel Aviv), Centre médical de Détroit (Détroit), École de médecine de l'Université Wayne State (Détroit)
UNIVERSITE ŞİFA
Methodist International Domaines de coopération : Convention de formation
HOPITAL MEDICABI (BURSA)
Ranawat Orthopedic Center Domaines de coopération : Soins aux patients, recherche scientifique et éducation
ACIBADEM GROUP
Harvard Medical International (terminé en 2007)
HOPITAL ALLEMAND
Hôpital général de Boston Massachusetts
HOPITAL INTERNATIONAL
Hôpital méthodiste
HOPITAL AMERICAIN
Méthodiste, Baylor College of Medicine, Johns Hopkins Medical Center, Colombie University, Cornell University, Hospital New York, Presbyterian Hospital, Hôpital américain de Paris, Centre médical de Cleveland et Centre de cancérologie MD Anderson
HOPITAL KENT
Clinique Mayo
Source : Medine BUDAK, op. cit., 81.

Bien que la littérature sur cette thématique se concentre principalement sur les affiliations par les établissements américains, mais il est important de noter que les

²⁰⁹ Medine BUDAK, Özel hastanelerin yabancı hastanelerle iş birliğine genel bakış, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*, 26, mai 2013, pp. 80-81.

partenariats s'étendent au-delà de ce cadre. En effet, pour illustrer cette diversité, l'AP-HP a ainsi noué un accord de collaboration médicale, scientifique et administrative avec la municipalité de Pékin, a remporté un appel d'offres pour la construction d'un hôpital à Constantine en Algérie, fournissant une assistance au projet médical ainsi que des conseils en gestion. L'Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif a également attribué son label à deux structures, l'une à Taïwan et l'autre au Brésil. De même, l'Institut Gustave-Roussy a établi un accord en 2013 avec l'hôpital universitaire de Sharjah aux UAE pour la création d'une Unité cancer du sein portant le label « Gustave-Roussy », et a lancé un projet au Kazakhstan. Ces exemples démontrent la diversité et la portée mondiale des partenariats dans le domaine médical et scientifique.²¹⁰

3.5. Divers particularités de l'industrie

Cette section explore deux phénomènes atypiques dans l'industrie du tourisme médical, à savoir l'émergence des cités médicales à travers la clusterisation et la mise en place des visas médicaux. L'analyse de ces éléments spécifiques visera à éclairer les implications de l'expansion du secteur.

3.5.1. Cités médicales et clusterisation

Si aujourd'hui des destinations comme Chennai, Bangkok, Sopron, Tijuana, Istanbul ou Dubaï sont en vogue dans le domaine du tourisme médical, à la fin du XIX^{ème} siècle, aucun endroit ne rivalisait avec Harley Street à Londres. Bien qu'il n'y ait pas de raison particulière pour le choix d'Harley Street, les médecins ont commencé à s'y installer au milieu du XIX^{ème} siècle, et à la fin du siècle, sa réputation était solidement établie. Ainsi, cette avenue était devenue le centre de la spécialisation médicale abritant une concentration exceptionnelle de médecins spécialisés, incluant des chirurgiens, des dentistes et des pharmaciens, faisant d'elle une destination privilégiée pour ceux en quête de consultations et de traitements de haute qualité dans divers domaines médicaux.²¹¹

²¹⁰ David MARGUERIT et Mathilde REYNAUDI, « Quelle place pour la France sur le marché international des soins ? | La note d'analyse », **France Stratégie**, n°27 Mars 2015, p. 7.

²¹¹ John CONNELL, (2011) **op. cit.**, 38-40.

La forte concentration de médecins a facilité l'accès rapide des patients aux consultations et aux traitements spécialisés, offrant ainsi un choix varié de prestataires de soins de santé. Les patients pouvaient bénéficier d'une approche multidisciplinaire de leur traitement, avec des consultations coordonnées entre différents spécialistes. Cette combinaison de facteurs a fait d'Harley Street une destination privilégiée pour des soins de santé de haute qualité, attirant des patients locaux et internationaux en quête d'excellence médicale. L'âge d'or de Harley Street n'a duré guère plus d'un demi-siècle, des années 1890 jusqu'en 1948. Elle a laissé la place à d'autres pays développés qui ont constitué des concentrations similaires de soins médicaux d'élite, comme les villes américaines abritant les prestigieuses cliniques mondiales ou les villes allemandes, en particulier Berlin, où la seule Meoclinic avait reçu plus de 60.000 patients étrangers en 2006.²¹²

La percée de Harley Street est significative pour comprendre l'émergence florissante des cités médicales. En effet, si la référence historique des cités médicales pourrait être le phénomène d'Harley Street, leur référence conceptuelle est sans aucun doute la clusterisation industrielle, appelée également grappe industrielle ou pôle de compétitivité.

Le concept de clusters industriels représente un phénomène où des entreprises, institutions et organisations, liées par des relations de complémentarité et de coopération, se regroupent géographiquement dans une même région. Les formes les plus courantes de ce phénomène sont les zones franches et les zones industrielles organisées (ZIO), qui visent à promouvoir la concentration des entreprises dans des secteurs particuliers. Ces deux types de zones bénéficient de la concentration d'entreprises opérant dans des secteurs similaires ou connexes, créant ainsi des synergies. Cela facilite le partage des connaissances, la coopération et l'intégration des chaînes d'approvisionnement.²¹³

Afin d'améliorer leurs performances et de rester compétitives, les décideurs peuvent recourir à la clusterisation, permettant ainsi une stratégie de coopération visant à amplifier les externalités d'agglomération et à tirer parti des effets

²¹² **Ibid**

²¹³ Seyithan DELİDUMAN, **OSB (Organize Sanayi Bölgeleri) Rehberi**, Istanbul : Kazancı Kitap, 2005, pp. 4-6.

d'émulation.²¹⁴ Ainsi, la clusterisation à travers les cités médicales se présente sous la forme de la concentration spatiale d'entreprises et d'institutions interconnectées de l'industrie médicale, bénéficiant d'effets de synergie. De cette manière, les hôpitaux, cliniques, centres de diagnostic, instituts de recherche et autres services de santé collaborent étroitement, partageant ainsi des connaissances, des ressources et des technologies. Quant à la théorisation et la compréhension du concept de clusterisation, l'économiste Michael Porter a largement contribué à le rendre populaire, notamment à travers son modèle des diamants de la compétitivité.²¹⁵

En s'appuyant sur l'approche de Porter, les avantages de la clusterisation à travers les cités médicales peuvent être résumés en cinq points. Les cités médicales attirent des professionnels de santé qualifiés du monde entier, favorisant un environnement compétitif et stimulant qui encourage l'innovation et l'excellence. Les infrastructures et équipements de pointe sont partagés entre les institutions, réduisant les coûts et augmentant l'efficacité. De plus, les campagnes de marketing ciblées attirent les patients internationaux, réduisant ainsi les frais de promotion individuels. Ces cités encouragent la recherche et le développement en facilitant les collaborations entre institutions académiques, entreprises pharmaceutiques et centres de recherche. Elles permettent également des économies d'échelle en regroupant les services médicaux et en partageant les ressources. Enfin, la clusterisation favorise des effets de réseau où les interactions et collaborations se multiplient avec le nombre de participants, alimentant ainsi une croissance continue.²¹⁶

Plusieurs initiatives en ce sens sont observées, notamment dans les pays du Golfe, parmi lesquels figurent :

- Dubai Healthcare City (DHCC)
- Sharjah Healthcare City
- King Abdullah Medical City (KAMC)
- Texas Medical Center
- The Dilmunia Health District (DHD)
- Health City Cayman Islands

²¹⁴ Solène CHESNEL et al., **Les clusters ou districts industriels du domaine culturel et médiatique** : revue du savoir économique et questionnement. [Rapport de recherche], Département des études, de la prospective et des statistiques du ministère de la Culture. 2013, p.14.

²¹⁵ Michael E. PORTER, The Competitive Advantage of Nations, **Harvard Business Review**, March–April, 1990, pp. 73-91.

²¹⁶ Filiz ALSAÇ, **Bölgesel gelişme aracı olarak kümelenme yaklaşımı ve Türkiye için kümelenme destek modeli önerisi**, planlama uzmanlığı tezi, Ankara : Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, 2010, pp. 7-34.

Bien que d'autres initiatives présentent des similitudes avec les cités médicales, elles ne constituent qu'un élément parmi ceux qui définissent une cité médicale, ce qui ne suffit pas à les classer comme telles. À ce titre, les exemples suivants peuvent être mentionnés :

- MediCity (Nottingham) : Parc d'innovation spécialisé dans les technologies médicales,
- BioQuarter (Edimbourg) : Campus d'innovation médicale abritant des centres de recherche, des hôpitaux universitaires et des entreprises médicales.
- Zone de Tourisme Médical de Hainan Boao Lecheng (Chine) : Fournit des avantages aux entreprises pharmaceutiques et médicales.
- Zone économique franche d'Incheon (Corée du Sud) : L'IFEZ abrite plusieurs complexes médicaux, y compris Songdo Central Park Medical Center, offrant une gamme complète de services médicaux de qualité.
- Biopolis (Singapour) : Cluster de biotechnologie abritant des entreprises de biotechnologie, des instituts de recherche et des incubateurs.
- Shonan Health Innovation Park (Japon) : Parc d'innovation médicale visant à promouvoir la recherche médicale.

En outre, il y a également des établissements dotés de capacités étendues, tels que le centre médical de la Commission royale en Arabie saoudite, l'hôpital Dhulikhel au Népal et HIB à Bangkok, ainsi que les hôpitaux urbains en Turquie, qui ne doivent pas être confondus avec les cités médicales. En effet, si la capacité des établissements hospitaliers est importante, elle n'est pas suffisante pour acquérir la qualification de cité médicale, qui exige une présence dans la diversité de l'industrie médicale.

Parmi les divers projets de cité médicale, c'est pour l'instant le Dubai Healthcare City (DHCC) qui semble avoir réussi son pari. Lancé en 2002 et créé en 2006 avec un investissement initial de 1,8 milliard USD, le DHCC abrite aujourd'hui plus de 160 établissements médicaux, incluant des hôpitaux, des cliniques et des centres de diagnostic. Il a attiré plus de 4.000 professionnels de la santé de diverses spécialités, provenant de plus de 90 pays. La Mohammed Bin Rashid University of Medicine and Health Sciences (MBRU), située à DHCC, propose des programmes éducatifs avancés

en médecine et en sciences de la santé. Plusieurs centres de recherche sont également actifs, travaillant sur des projets innovants dans divers domaines médicaux.²¹⁷

Toutefois, la concurrence internationale croissante dans le domaine du tourisme médical pose un défi constant à DHCC, qui n'a pas encore atteint les objectifs qu'il s'était fixés.²¹⁸ Ainsi, DHCC prévoit d'étendre ses infrastructures pour inclure davantage de spécialités médicales et de services de bien-être. En poursuivant ses efforts, DHCC ambitionne de continuer à jouer un rôle clé dans le développement du secteur de la santé à Dubaï et au-delà.²¹⁹

Quant à la Turquie, le pays s'était fixé l'objectif d'instaurer plusieurs « zones franches médicales », offrant des services médicaux aux côtés des services de spa et de gériatrie avec pour ambition de former les futures cités médicales du pays.²²⁰ Bursa²²¹ et Izmir²²² étaient les principaux candidats de ce projet mais la création de ces zones semble être sorti de l'ordre du jour du gouvernement.²²³

3.5.2. Visa médical

La mise en place d'une politique de visas raisonnable est cruciale pour favoriser la croissance du tourisme médical, car elle peut faciliter ou à l'inverse entraver le mouvement des patients. En effet, des processus administratifs rationalisés et une délivrance efficace des visas peuvent accélérer l'entrée des patients nécessitant des soins médicaux urgents ou spécialisés, minimisant ainsi le stress et les retards. Ces améliorations ne se contentent pas seulement de répondre aux besoins des patients,

²¹⁷ DHCC, **Dubai's Healthcare Ecosystem Highlights Report**, janvier 2024, consultable sur : <https://dhcc.ae/Documents/arabhealth-2024/highlight-report-5-2-24.pdf>

²¹⁸ Anu RAI, **Medical Tourism in Kolkata, Eastern India**, Springer, 2019, p. 22.

²¹⁹ CANADA UAE BUSINESS COUNCIL, **Rapport du profil sectoriel du Canada-UAE Business Council « Soins de santé et sciences de la vie »**, 2019.

²²⁰ İVEK, **Sağlık serbest bölgesinde yüzde 15 yerli hastaya izin**, mise en ligne le 30 juillet 2012 et consulté le 02 mai 2024 sur www.ivek.org.tr/blog/post-saglik-serbest-boelgesinde-yuezde-15-yerli-hastaya-izin

²²¹ BUSAT, **Sağlık Serbest Bölgeleri Paneli**, mise en ligne le 20 mai 2012 et consulté le 02 mai 2024 sur <https://busat.org.tr/bursa-saglik-serbest-bolgesi-olmaya-aday/>

²²² Kudret Şevket SAYIN, Emine Yasemin YEĞİNBOY et İbrahim YÜKSEL, Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirmesi, **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 32(2), 2017, pp. 289-313.

²²³ Cemal YILMAZ, **Türkiye'de sağlık serbest bölgesine ihtiyaç var mı? | Gereklilik mi, fantezi mi?**, mise en ligne le 20 juillet 2022 et consulté le 03 mai 2024 sur www.saglikaktuel.com/yazi/turkiyede-saglik-serbest-bolgesine-ihtiyac-var-mi-7220.htm

mais elles renforcent également la réputation des destinations médicales en tant que lieux accessibles et accueillants pour les soins de santé de qualité.

Une politique migratoire stricte peut entraver la croissance du tourisme médical, comme le montrent les efforts de l'Arabie saoudite pour devenir une destination de tourisme médical. Malgré l'élaboration d'un plan quinquennal visant à stimuler le tourisme médical, le pays est confronté à des défis en raison de sa réglementation rigide en matière de visa. Pour tirer pleinement parti de son potentiel dans le secteur du tourisme médical, il est recommandé à l'Arabie saoudite de rationaliser ses procédures administratives et d'assouplir sa politique de visa afin de faciliter la délivrance rapide de visas pour les patients internationaux.²²⁴

Une autre enquête, menée cette fois auprès de 42 touristes médicaux de différents pays, a montré que l'un des facteurs attractifs pour choisir la Turquie comme destination de tourisme médical était les procédures officielles et les visas, mentionnés par 28,6 % des personnes interrogées. En termes de procédures officielles et d'obtention de visa, les participants ont déclaré qu'il était facile de venir en Turquie pour des raisons de santé. Voici comme exemple les déclarations de deux participants: « *C'est plus facile de venir ici, il n'y a pas de problèmes de visa... (Kazakhstan 1)* » « *À vrai dire, au début nous avions envisagés de partir en Allemagne et notre situation financière nous le permettait, mais cette affaire de visas nous a stoppé parce qu'après que ma mère ait reçu un diagnostic de cancer, elle avait besoin d'un traitement immédiat. Alors qu'il nous a suffi de 5 jours pour obtenir le visa ici, il aurait fallu 5 mois pour obtenir le visa en Allemagne (Irak2)* ». ²²⁵

Partant de ce constat, la plupart des pays phares du tourisme médical comme l'Inde, la Turquie, la Malaisie et les UAE ont mis en place une procédure de visa médical. Ce type de visa, qui peut être également délivré aux accompagnateurs offre des procédures extrêmement simplifiées, joue un rôle crucial dans le soutien et la facilitation du tourisme médical. Les critères pour l'obtention de ce visa varient selon les pays, mais incluent généralement une lettre de référence d'un hôpital ou d'un

²²⁴ IMTJ, **Visa problems for Saudi Arabia**, mise en ligne le 21 janvier 2017 et consulté le 13 mai 2024 sur www.laingbuissonnews.com/imtj/news-imtj/visa-problems-for-saudi-arabia/

²²⁵ Uygar ÜSTÜN et Yeter DEMİR USLU, **op. cit.**, 349.

médecin, une preuve de capacité financière pour couvrir les coûts médicaux, et un passeport valide.

Il est important de souligner que la mise en œuvre de protocoles simplifiés de visa médical ne doit pas être confondue avec l'octroi exceptionnel de visas pour raison médicale à des personnes recherchant des traitements médicaux qui ne sont pas disponibles dans leur pays d'origine ou qui nécessitent l'expertise de spécialistes uniquement accessibles à l'étranger. Cette dernière catégorie de visas, communément délivrés par la quasi-totalité des pays, y compris les pays Schengen et les États-Unis, est désignée pour des circonstances uniques et n'adhère pas aux mêmes procédures simplifiées et standardisées que les visas médicaux conçus pour promouvoir le tourisme médical.



DEUXIEME PARTIE

4. TOURISME MEDICAL MONDIAL ET LA PLACE DE LA TURQUIE

L'objectif de ce chapitre est d'examiner la place de la Turquie en tant que destination de soins de santé. Il convient de préciser avant tout que la littérature scientifique manque de données précises relatives aux personnes se rendant à l'étranger à des fins médicales. En effet, même si des estimations sont proposées, il est largement reconnu par les spécialistes que des données fiables, pouvant être comparées entre les pays, ne sont actuellement pas disponibles.²²⁶

Des motivations politiques, commerciales ou scientifiques peuvent affectés la présentation des statistiques.²²⁷ Dans ce contexte, il est en effet assez surprenant que des pays importants pour le tourisme médical, comme la Corée du Sud, le Cuba, les États-Unis, la Tunisie ou le Mexique, soient sous-estimés ou même parfois complètement négligés dans la littérature en question.

Par ailleurs, la date de publication des sources est aussi un autre indicatif pour l'interprétation des données. Par exemple, en matière de tourisme médical, il a été constaté que la Turquie est souvent absente dans la grande majorité des sources antérieures aux années 2010.²²⁸

²²⁶ Monica TREMBLAY, **Tourisme médical : quel rôle pour l'État? (Rapport évolutif. Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec; Rapport 9)**, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, Québec : ENAP, 2012, p. 2.

²²⁷ Kai RUGGERI et al., Evidence on global medical Travel, **Bulletin of World Health Organization**, 93, 2015, pp. 785 – 789 Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.146027>

²²⁸ Par exemple, la Turquie n'est mentionnée nulle part dans cette article où figure un tableau intitulé « Medical tourism in the developing world » comparant la Thaïlande, Singapour, la Malaisie, l'Inde, la Jordanie et le Cuba : Aaditya MATTOO et Randeep RATHINDRAN, **Does Health Insurance Impede Trade in Health Care Services?**, World Bank Policy Research Working Paper 3667, 2005, p. 12.

Cette source non plus ne mentionne pas la Turquie, ni même dans son tableau intitulé « Indicators used in a brief assessment of countries promoting Health Tourism » comparant un large éventail de pays (Costa Rica, Cuba, Hongrie, Inde, Israël, Jordanie, Lituanie, Malaisie, Afrique du Sud, Thaïlande, Royaume-Uni, États-Unis). Meghann ORMOND, « First world treatments at third world prices: The real costs of medical Tourism », dans **Medical Tourism: A growth Industry** (éd. Rishi ANAND et Smita GUPTA), Hyderabad : ISFAI University Press, 2008, pp. 69-77.

Bien que les données sélectionnées aient été choisies en veillant à leur crédibilité, il est impératif d'avertir le lecteur de cette situation ambiguë. Malgré cette nébulosité statistique, un état consensuel se présente sur le fait que la tendance du développement du tourisme médical est clairement croissante. Cette affirmation est appuyée par la mise en place de diverses mesures à l'échelle mondiale et l'expansion notable des acteurs œuvrant dans ce domaine.²²⁹

4.1. Géographie du tourisme médical

Comme il a été illustré jusqu'à présent, parallèlement à l'accélération de la mondialisation, le tourisme médical gagne progressivement en importance à l'échelle mondiale, renforçant ainsi son positionnement dans différentes régions du monde. Toutefois, inversement à l'effet de la mondialisation sur divers secteurs se présentant comme une harmonisation des offres nationales au niveau mondial, au sujet du tourisme médical, la structuration de l'offre s'articule sur la base d'une segmentation par pays.²³⁰

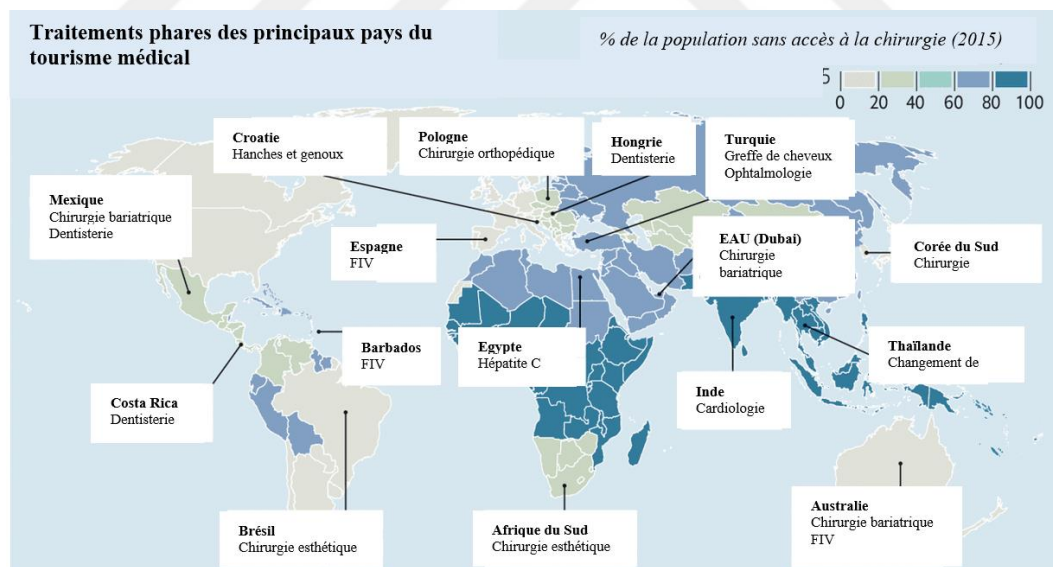


Figure 4.1: Carte mondiale des traitements phares du tourisme médical

Source : The Economist, « How the medical-tourism business thrives », mise en ligne le 28.07.2018, consulté le 12.11.2023, www.economist.com/business/2018/07/28/how-the-medical-tourism-business-thrives

²²⁹ Bilge AFŞAR et Burcu DOĞANALP, « Türkiye’de Sağlık Turizmi : Mevcut Durum Analizi ve Bazı Ülkelerle Yapılan Kıyaslamalar » dans *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları* (éd. Burcu GÜVENEK), Konya : Çizgi Kitabevi, 2015, p. 183.

²³⁰ Aykut EKİYOR et Gülhan GÖK, Niche markets in medical tourism , *International Journal of Health Management and Tourism*, 7(1), 2022, pp. 8-15.

Conscient de la complexité et de la difficulté liées à la mise en œuvre d'une cartographie exhaustive du tourisme médical, il a été décidé de présenter cette carte dans sa forme originale sans modification. Les observations et conclusions, ainsi que les remarques détaillées, sont présentées ci-après.

Même si l'Inde s'est principalement spécialisée dans la chirurgie cardiaque elle mérite aussi d'être citée au moins dans les domaines orthopédiques ainsi que le traitement du cancer.²³¹ Le pays est également une des principales destinations dans le domaine de la GPA.²³²

L'absence dans cette carte des pays comme les Etats-Unis pour des multitudes de branche médicales, l'Allemagne pour l'oncologie et dans une moindre mesure du Singapour pour les opérations cardiaques, opération des reins et greffe de moelle osseuse peut éventuellement être interprété comme le résultat d'une négligence vis-à-vis de la 2^{ème} vague du tourisme médical. En revanche, la non-représentation des pays comme la Malaisie pour les chirurgies esthétiques et la médecine alternative, la Tunisie ou le Maroc pour les chirurgies esthétiques sont difficilement explicable.²³³

En effet, un des variables dans la classification des principaux pays est le choix du type de tourisme de santé. Si l'Asie et l'Amérique du Sud (Inde, Thaïlande, Brésil, Costa Rica, pour n'en citer que quelques-uns) sont les principales destinations de la 3^{ème} vague du tourisme médical, il convient de noter que l'Afrique, elle aussi, revendique sa propre présence dans ce domaine. Sur la base de la littérature disponible et de l'Indice du tourisme médical²³⁴, il a été identifié que l'Afrique compte trois destinations principales pour l'industrie du tourisme médical, à savoir le Maroc, la Tunisie et l'Afrique du Sud. Ces trois pays sont surtout réputés pour leur expertise en chirurgie plastique.²³⁵

²³¹ Osman ÖZKAN, « Dünyada Sağlık Turizmi'nin Gelişimi ve Öncü Ülkeler » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020, p. 441.

²³² Virginie CHASLES et Marion GIRER, **op. cit.**

²³³ Claudine CHASPOUL, Voyager pour se faire soigner, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, p. 5.

²³⁴ Marc FETSCHERIN et Renee-Marie STEPHANO, The medical tourism index: Scale development and validation, **Tourism Management**, 52, 2016, pp. 539-556.

²³⁵ Carolann LAFRENIERE, **Les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé en Afrique** », Université d'Ottawa, 2018, p. 29.

A ce sujet, il est intéressant d'apercevoir que des pays relativement avancés dans le tourisme médical et membres de l'Organisation de Coopération Islamique (OIC) comme la Tunisie, les UAE ou l'Iran ne sont même pas représentés dans le tableau de synthèse de l'étude commandé par cette même organisme à PWC.²³⁶ Toutefois, en examinant de plus près, il apparaît qu'inversement à la carte de la figure 4.1, cette fois-ci c'est surtout le tourisme médical de 2^{ème} vague qui est pris en compte. Par conséquent la non-représentation de ces pays étant principalement actifs dans le tourisme médical de 3^{ème} vague trouve son explication.

Tableau 4.1: Tendances du tourisme médical par pays et traitement

PRINCIPAUX PAYS PHARES	FACTEURS DE CROISSANCE
Traitement cardiovasculaire	
Inde, Thaïlande, Allemagne, France, Singapour	• L'expertise développée et les techniques de traitement spécialisées apparaissent comme des facteurs d'attraction. • Les destinations les plus proches sont privilégiées. • Les longs délais d'attente pour les chirurgies non urgentes et les greffes d'organes sont les principaux facteurs de motivation.
Traitement orthopédique	
Mexique, Brésil, Inde, Thaïlande, Singapour, Malaisie, Allemagne, France, Turquie	• L'augmentation de la population gériatrique, la pratique du sport et l'émergence de techniques chirurgicales mini-invasives augmentent la demande.
Traitement neurologique	
Allemagne, France, Royaume-Uni, États-Unis, Inde, Singapour	• Un haut niveau d'expertise, un personnel expérimenté, des équipements de pointe de haute précision apparaissent comme des facteurs d'attraction. • L'augmentation du nombre de personnes diagnostiquées avec des affections neurologiques augmente la demande.
Traitement du cancer	
Allemagne, France, Inde, Thaïlande, Singapour, États-Unis, Afrique du Sud, Brésil	• Un traitement de bonne qualité disponible à des prix abordables motive les patients.
Traitement de fertilité	
Barbade, Espagne, Hongrie, Turquie, Ukraine, Afrique du Sud, Inde, Malaisie	• Les progrès technologiques, l'augmentation de la capacité d'achat et l'augmentation de l'incidence de l'infertilité sont les principaux moteurs de croissance. • Les progrès technologiques permettant un taux de réussite plus élevé dans le traitement de la fertilité apparaissent comme un facteur de motivation.
Autres traitements généraux (Dermatologie des grandes brûlures, chirurgie bariatrique, maladies rares, greffe d'organe)	
Allemagne, France, Turquie, Inde, Thaïlande, Singapour, Malaisie, États-Unis, Mexique, Afrique du Sud, Brésil.	• L'indisponibilité de certains médicaments, technologies ou experts et la longue période d'attente sont les principaux facteurs déterminants • Une meilleure connectivité logistique et des options de traitement peu coûteuses peuvent créer d'autres opportunités
Source : Adapté par l'auteur depuis le tableau présenté dans ; Comcec, <i>op. cit.</i> , 45.	

²³⁶ COMCEC, **Developing Medical Tourism in the OIC Member Countries**, Comcec Coordination Office, September 2020, p. 45.

Il convient aussi de préciser que contrairement aux croyances populaires, les flux du tourisme médical, même ceux de la 3^{ème} vague ne sont pas unilatéralement dirigés du Nord vers le Sud.²³⁷ En effet, comme démontré dans la carte ci-dessous, les touristes médicaux reçoivent des soins sur tous les continents.

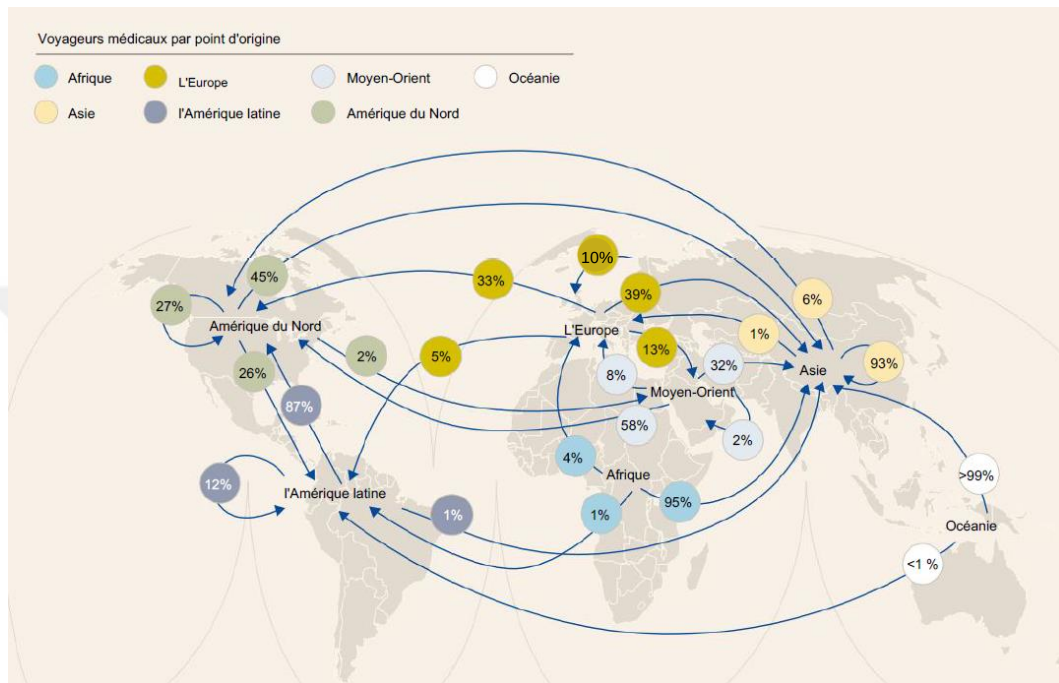


Figure 4.2: Carte des flux du tourisme médical inter- et intra-continentale

Source: Tilman EHRBECK, Ceani GUEVARA et Paul D. MANGO, *op. cit.*, 5.

Pour mieux appréhender les tendances représentées sur cette carte, il sera nécessaire d'examiner quelques faits marquants du tourisme médical. Par exemple, alors que les États-Unis et le Royaume-Uni ont la réputation d'être deux pays émetteurs importants pour le tourisme médical indien, selon le rapport publié par CII-Grant Thornton en 2015, le nombre de patient en provenance du Bangladesh et d'Afghanistan se classe au premier rang avec 34 % de tous les touristes médicaux.²³⁸ Ces données entre dans les 93 % de flux intra-asiatiques. Par ailleurs, les patients venus des pays sous-développés comme le Nigeria, le Kenya, le Burundi, le Congo, le Malawi, le Bangladesh, l'Oman ou l'Irak se rendent massivement dans la ville indienne

²³⁷ I. Glenn COHEN, **Patients with Passports: Medical Tourism, Law, and Ethics**, Oxford University Press, 2015, pp. 10-16.

²³⁸ GRANT THORNTON, **Medical tourism in India to touch US\$ 8 billion by 2020: Grant Thornton** mise en ligne le 31 octobre 2015 et consulté le 01 mars 2024 sur [www.grantthornton.in/press-room/medical-tourism-in-india-to-touch-us\\$-8-billion-by-2020-grant-thornton/](http://www.grantthornton.in/press-room/medical-tourism-in-india-to-touch-us$-8-billion-by-2020-grant-thornton/)

Chennai pour bénéficier des soins médicaux.²³⁹ Ainsi en 2012, presque la moitié (47 %) des 12.000 touristes Nigériens venus en Inde avaient voyagé pour se faire soigner, ce qui a entraîné une dépense d'environ 260 millions USD.²⁴⁰

Malgré son omission sur cette carte, l'Afrique aussi est témoin d'un flux intercontinental. Un exemple notable parmi tant d'autre est le cas des Sénégalais atteints du cancer, entreprenant des voyages médicaux au Maroc ou même au Mali afin d'accéder à une radiothérapie.²⁴¹ Un autre cas illustratif concerne les données relatives aux patients libyens ayant reçus des soins en Tunisie. En 2003, sur environ 42.000 patients traités en Tunisie, près de 34.000 étaient originaires de Libye (soit 81 %), tandis qu'environ 4.500 provenaient d'Europe (11 %).²⁴²

Les deux exemples suivants peuvent être donnés pour expliquer les 10 % de flux intra-européens. En 2006, 43.000 patients sont allés se faire soigner en Belgique, une majorité venant des Pays-Bas ou de l'Allemagne, où les listes d'attente sont longues. La Fédération des entreprises de Belgique (FEB) estimait le potentiel à 100.000 patients par an.²⁴³ Grâce à une collaboration entre le système de santé publique britannique et le Centre Hospitalier de Calais en 2015, les patients britanniques, notamment ceux nécessitant une chirurgie orthopédique, choisissent de se faire soigner en France. Même si le flux annoncé se présente avec un objectif relativement modeste, des campagnes de communication avaient eu lieu la même année dans la presse locale du Kent.²⁴⁴

Grace à l'évolution des réglementations européennes, les patients européens peuvent choisir, à titre personnel et sans autorisation préalable, de traverser la frontière pour se rendre dans un autre pays membre de l'Union et s'ils doivent avancer les frais,

²³⁹ Ashok SOWMIYA et K. LAKSHMI, **A hub of medical tourism**, The Hindu, 18 juillet 2011. Consulté via archive.org depuis la version du 16 septembre 2012 www.thehindu.com/news/cities/chennai/a-hub-of-medical-tourism/article2237677.ece

²⁴⁰ S. Gül GÜNEŞ et Ayşe Selin DÜLGER « Turizm Kavramı, Turizmin tarihçesi, Ülke Ekonomilerine Katkısı (..) » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Dilaver TENGİLİMOĞLU), Ankara : Siyasal Kitabevi, 2017, p. 38.

²⁴¹ Denise ZAROUR MEDANG, **Quand des sénégalais désertent leurs hôpitaux**, publié le 07 novembre 2019 et consulté le 01 mars 2024 sur www.seneplus.com/sante/quand-des-senegalais-desertent-leurs-hopitaux,

²⁴² Marc LAUTIER, Export of health services from developing countries: The case of Tunisia, **Social Science & Medicine**, 67, 2008, p. 106.

²⁴³ Jean-François NYS, **op. cit.**, 47.

²⁴⁴ Martin TRELCAT, Le patient anglais, nouvelle cible du Centre hospitalier de Calais, **Les cahiers espaces**, 326, Septembre - Octobre 2015, pp. 17-21.

dès leur retour ils sont remboursés à hauteur de ce qu'ils percevraient dans leur pays.²⁴⁵ Cette directive favorise donc le tourisme médical intra-européen et c'est justement en partie grâce à ces mesures communautaires que par exemple le tourisme dentaire connaît un franc succès depuis quelques années en Hongrie avec les destinations reconnues comme Budapest ou Sopron.²⁴⁶

Si seulement 8 % des touristes médicaux Moyen-orientaux se rendent en Europe, contre 32 % en Asie et 52 % en Amérique du Nord, les acteurs européens semblent être assez sensibles de ce manque à gagner. Par exemple la Clinique universitaire Eppendorf (UKE) à Hambourg a ouvert en 2003 un service destiné aux patients internationaux en s'adaptant aux spécificités des pays arabes. Dans ces services la semaine commence le samedi, une pièce a été transformée en salle de prières, la télévision par satellite diffuse Al Jazeera dans les chambres des malades et les badges des infirmières portent leur nom inscrit en allemand et en arabe. Ainsi la clinique accueille chaque année près de 600 malades étrangers, la plupart en provenance de Russie, d'Arabie Saoudite ou des UAE. Au total, ils représentent 1 % du chiffre d'affaires annuel, soit un budget de 5 millions d'euros. Afin de promouvoir leurs activités dans ce domaine, plusieurs *Länder* du Nord se sont associés pour être représentés au salon annuel Arab Health à Dubaï.²⁴⁷

Longtemps réticent et sceptique au sujet du tourisme médical, la France a finalement lancé en 2017 son projet « French Healthcare », initiative public-privé ayant comme but de promouvoir à l'international l'expertise médicale française.²⁴⁸ Bien avant cette initiative nationale, la ville de Lyon avait déjà en 2007 intégré le tourisme médical dans sa communication en direction des pays du golfe Persique. François Gaillard, directeur de l'office du tourisme et des congrès de Lyon, expliquait cette démarche par la suivante : « *En termes touristiques, c'est une niche mais on peut la développer. C'est pourquoi on a communiqué sur le savoir-faire médical lyonnais aux Émirats-arabes comme sur les agréments d'une ville culturelle* ». ²⁴⁹

²⁴⁵ Jean-François NYS, *op. cit.*, 49.

²⁴⁶ *Ibid.*

²⁴⁷ Jean-François NYS, *op. cit.*, 47.

²⁴⁸ FRENCH HEALTHCARE, *Qu'est-ce que French Healthcare ?*, (s.d.), consulté le 01 mars 2024 sur <https://frenchhealthcare.fr/fr/about/>.

²⁴⁹ Aude SPILMONT, *Lyon : une destination pour le tourisme médical*, lyoncapitale.fr, 16 avril 2007, cité dans Jean-François NYS, *op. cit.*, 47.

Contrairement à la France, la Belgique n'a pas été hésitante pour se focaliser sur le tourisme médical. Déjà en 2007, donc exactement dix ans avant la France, la plateforme internet « Healthcare Belgium » avait été lancée avec les motifs semblables de son équivalent français. En revanche, comme point commun avec la France, en Belgique aussi les acteurs locaux ont pris l'initiative bien avant les acteurs gouvernementaux. A cet effet, le Centre hospitalier interrégional Édith Cavell (CHIREC), seul hôpital privé de Belgique, propose par exemple une offre clairement identifiée sur ce marché et l'Office international de tourisme et de congrès de Bruxelles (BITC) participe depuis bien longtemps à des missions économiques dans les émirats du Golfe pour promouvoir le tourisme médical belge.²⁵⁰

Pour finir cette analyse cartographique, on peut essayer de déchiffrer les données du continent américain. Les exportations cubaines des produits de santé avaient déjà entre 1997 et 1999 atteint une valeur monétaire d'environ 30 millions USD.²⁵¹ En 2006, soins de santé représenté 28 % du total des recettes d'exportation et des paiements nets en capital, atteignant 2,3 milliards USD²⁵², dépassant ainsi les exportations de nickel et de cobalt et les recettes du tourisme de masse du pays.²⁵³ Un des premier pays au monde à offrir massivement aux patients internationaux une variété de services de santé sur une base régulière, Cuba s'est également différenciée en se concentrant sur le traitement de certaines maladies dermatologiques incurables ailleurs, et sur le développement de nouvelles procédures et de nouveaux médicaments, comme la rétinopathie pigmentaire ou le vitiligo.²⁵⁴ Des patients du monde entier, avec un afflux notable du Canada, du Royaume-Uni, du Mexique et des États-Unis, choisissent de se rendre à Cuba afin de recevoir des traitements médicaux pour des besoins aussi variés tels que des problèmes oculaires, cancéreux, cutanés, dentaires et orthopédiques.²⁵⁵ Il est important de souligner qu'environ 80 % du

²⁵⁰ François BURHIN, *op.cit.* 59.

²⁵¹ Dilaver TENGİLİMOĞLU et Oğuz IŞIK (éd.), *op. cit.*, 35.

²⁵² Il faut tout de même être prudent en considérant ces statistiques comptabilisant aussi les dépenses liées aux activités de diplomatie médical.

²⁵³ AMBASSADE DE L'INDE A LA HAVANE, **Rapport économique et commercial annuel 2016**, No.Hav/Comm/2007, 13 avril 2007, cité par Julie FEINSILVER, « Yurtiçinde ve Dışında Küba Sağlık Politikası », dans **Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık**, (éd. Leo PANITCH et Colin LEYS), İstanbul : Yordam Kitap 119, 2011, p. 255.

²⁵⁴ Rupa CHANDA, Trade in health services, **Bulletin of the World Health Organization**, 80(2), 2002, pp. 158 - 163. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/268717>

²⁵⁵ Mariève DESCHAMPS-BAND, **Santé et mobilité à Cuba: la fragmentation spatiale induite par l'industrie du tourisme médical**, mémoire présenté à l'Université de Montréal, 2017, p. 22.

tourisme médical cubain provient de ses pays voisins. Le gouvernement cubain accorde une importance considérable à ce flux sud-sud et l'encourage en contractant des accords bilatéraux avec les pays voisins mais aussi par le biais de « Servimed », entreprise publique ayant comme vocation de faciliter l'accès des étrangers à la santé cubaine.²⁵⁶

Cette réussite notable a également servi d'exemple pour d'autres pays de la région qui ont tenté à leur tour d'attirer l'intérêt des touristes médicaux, notamment dans le domaine de la chirurgie esthétique. Ainsi, ces données donnent un aperçu sur les schémas migratoires d'une partie importante des patients nord-américains (26 %) et européens (5 %) cherchant un traitement médical en Amérique latine.

4.2. La Turquie comme acteur émergent

Même si l'on fait abstraction des pays de la 2^{ème} vague comme les États-Unis, ou l'Allemagne pour faire une comparaison avec les pays appartenant à la 3^{ème} vague, la Turquie apparaît comme un acteur relativement nouveau dans le domaine du tourisme médical. En effet, comme expliqué précédemment à la section 2.2., au tournant du XX^{ème} siècle, le domaine médical était essentiellement dominé par l'Amérique et l'Europe. Cependant, un changement notable s'est produit au milieu des années 1990, lorsque l'Inde, Cuba, le Costa Rica, la Thaïlande, Singapour, la Colombie et la Malaisie sont devenus les destinations privilégiées des touristes médicaux. La Turquie, en revanche, a connu une augmentation des arrivées de touristes médicaux qu'à partir de 2010.²⁵⁷ Néanmoins, il est essentiel de noter que cette étape naissante n'englobe pas l'intégralité du tourisme de santé, la Turquie étant une des plus anciennes destinations du tourisme thermique.

Dans cette section, sera examinée l'émergence de la Turquie en tant qu'acteur majeur du tourisme médical, malgré son entrée tardive dans cette industrie. Les facteurs ayant contribué à ce succès seront explorés, ainsi que les faiblesses du tourisme médical turc, les évolutions administratives et juridiques, ainsi que les stratégies actuelles de développement du secteur.

²⁵⁶ Ronald LABONTÉ et al. (éd.), **op. cit.**, 19.

²⁵⁷ Cansev ÖZDEMİR et Seher KONAK, « Medikal Turizm Kavramı ve Türkiye'de Medikal Turizm » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Saadet Pınar TEMİZKAN), Ankara : Detay Yayıncılık, 2015, pp. 75-99.

4.2.1. Données clés

Comme il sera examiné plus en détail ci-dessous, la Turquie a pu s'appuyer sur plusieurs atouts qui ont joué un rôle important dans son succès en tant qu'acteur majeur du secteur du tourisme de santé.

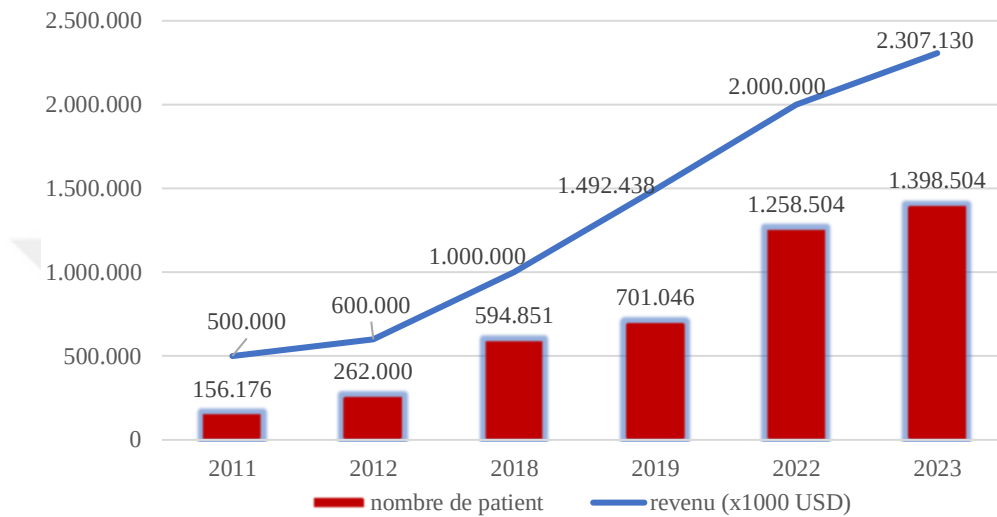


Figure 4.3: Évolution du tourisme médical turc (nombre de patients & revenus)

Source: TÜİK, récupéré depuis USHAŞ, (s. d.), « Sağlık Turizmi Verileri », consulté le 11.03.2024 à www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri

Ainsi, le nombre de patients internationaux recevant des services de santé a connu une augmentation significative, passant de 156.176 en 2011 à 261.999 en 2012, soit une croissance de 68 %. Il convient de noter que la Turquie a pris un grand élan à partir de cette année-là. En effet, le pays accueillait 594.851 patients internationaux en 2018, et ce nombre a atteint 701.046 en 2019.²⁵⁸

Après une période de stagnation causée par les défis logistiques de la pandémie, la Turquie a connu une résurgence du tourisme médical avec un total de 1.258.382 patients internationaux en 2022 et une nouvelle augmentation pour atteindre 1.398.504 personnes en 2023.

Sa situation géographique lui offre non seulement un emplacement central, mais en plus, grâce aux investissements dans le domaine du transport aérien la Turquie a

²⁵⁸ Sıdıka KAYA et al., *op. cit.*, 15.

considérablement renforcé son avantage logistique. Le pays a également effectué des efforts dans sa politique de visa, parfois même en faisant des concessions en s'abstenant d'appliquer le principe de réciprocité, ce qui lui a permis d'être un pays donnant accès sans visa pour plus de 70 pays. D'une manière plus générale, les citoyens de plus de 110 pays peuvent entrer en Turquie sans avoir besoin d'avoir un visa au préalable de leur voyage.²⁵⁹

Selon le rapport du Forum économique mondial 2021, en matière de compétitivité des voyages et du tourisme la Turquie se place classe au 45^{ème} rang parmi les 117 pays sélectionnés.²⁶⁰ La grille détaillé de la performance de la Turquie est présentée en Annexe 1.

La conjonction de ces paramètres purement touristiques avec les facteurs médicaux a été nécessaire afin que la Turquie réussisse à devenir attractive pour les patients internationaux. En effet, le potentiel d'offre touristique de la Turquie, notamment son parc hôtelier, son infrastructure médicale avancée, sa main-d'œuvre qualifiée abordable lui permettant d'avoir un avantage de prix compétitif, la serviabilité du personnel médical, son climat ambiant, sa situation géographique ainsi que ses richesses naturelles et historiques lui ont permis de faciliter le développement du tourisme médical. Ainsi, la Turquie a pu se bénéficier d'un référencement de bon niveau au seins des organismes d'accréditation comme le JCI et a pu développer son offre de tourisme médical pour devenir un important acteur dans ce milieu.²⁶¹

Les points forts et les avantages de la filière des soins de santé du secteur privé turc sont soulignés dans le rapport préparé par une école de gestion d'entreprise de renommée mondiale de l'Université Northwestern²⁶² :

²⁵⁹ AA, **Turkey sees surge in medical tourism** publié le 01.04.2015, consulté le 10.01.2024 sur www.aa.com.tr/en/turkey/turkey-sees-surge-in-medical-tourism/61694?

²⁶⁰ WEF, **Travel & Tourism Development Index 2021 Edition**, World Economic Forum - Data & Analytics, Economy Profiles : Turkey, consulté le 06 mars 2024 sur <https://public.tableau.com/app/profile/world.economic.forum.data.analytics/viz/d3c5c21c93ea03b190c62c51180b/Home>

²⁶¹ Hakan TUNA et Zafer AKBAŞ, **Medikal Turizm ve Türk Dış Politikası**, Ankara : Nobel Bilim Eserler, 2020, pp. 94-95.

²⁶² Başak CANBULAT, Turkey: Your Partner in Healthcare, **IFC Focus**, février 2017, pp. 57-58.

- **Technologie et infrastructure de pointe** : Les technologies médicales de pointe telles que Gammaknife, Cyberknife, PET-CT, Radiparc, IRM peropératoire, robot chirurgical da Vinci, IGRT, et d'autres technologies médicales modernes sont utilisées efficacement et avec succès dans les hôpitaux privés en Turquie.
- **Services de qualité supérieure** : La Turquie compte près de 50 établissements médicaux, dont 41 hôpitaux, accrédités par la Joint Commission International, classant le pays au 3^{ème} rang mondial par nombre d'hôpitaux accrédités par le JCI.²⁶³
- **Des prix compétitifs** : La structure financière des soins de santé en Turquie permet aux services médicaux turcs de concurrencer leurs homologues en Europe et aux États-Unis. Le gouvernement turc a lancé de nombreux programmes de soutien pour la promotion du tourisme médical. La moitié des frais de vol des patients internationaux voyageant en Turquie sont couverts soit par l'hôpital d'accueil, soit par la compagnie aérienne basée en Turquie comme Turkish Airlines.
- **Facilité d'accès aux services médicaux** : En raison des récents investissements dans le secteur privé et grâce à la large capacité des hôpitaux, les listes d'attente pour les services médicaux dans les cliniques privées sont réduites.
- **Situation géographique et transport facile** : La Turquie est située au carrefour de l'Europe et de l'Asie, lui permettant d'être une destination médicale avantageuse. Turkish Airlines est l'une des compagnies aériennes à la croissance la plus rapide au monde, desservant plus de 100 pays et 200 destinations internationales.
- **Une destination touristique de premier plan** : La Turquie est également une destination attrayante en raison de ses aspects touristiques et historiques. En 2014, plus de 37 millions de touristes ont visité la Turquie et les visiteurs du Moyen-Orient et de la région du Golfe occupent une part importante de ce chiffre. Istanbul, Ankara, Antalya, Adana et Izmir sont considérées comme les principales villes médicales, avec un personnel de santé bilingue.

La synthèse des principales raisons de choisir la Turquie comme destination médicale sont présentées ci-après.

²⁶³ Le nombre d'établissements accrédités par le JCI, et par conséquent le rang mondial de la Turquie fluctue au fil des ans. Ce sujet est étudié à la section 3.4.1.

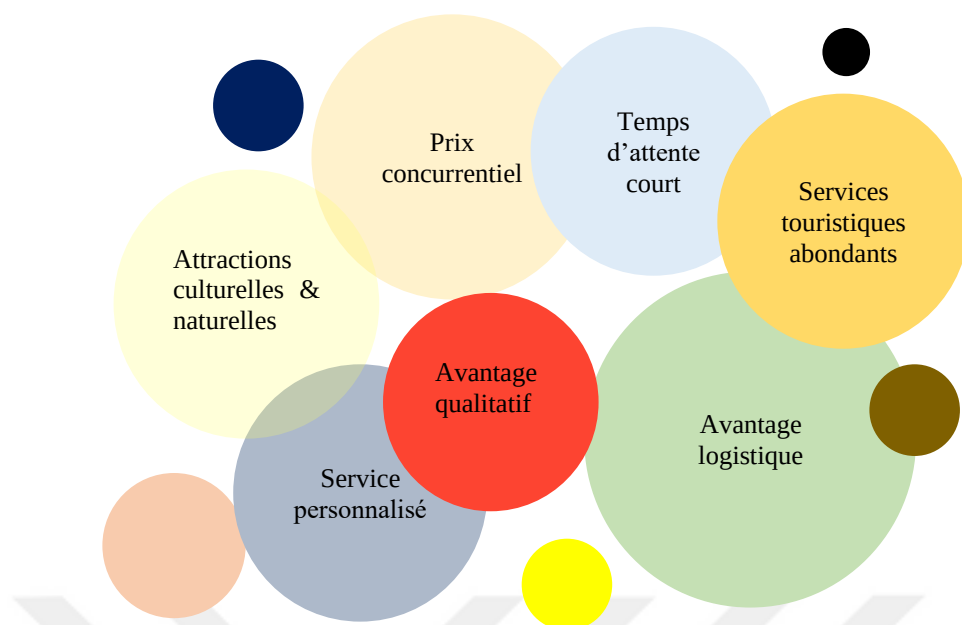


Figure 4.4: Points forts du tourisme médical en Turquie

Source : Elaborée par l'auteur

Même si les établissements médicaux turcs accueillent un large éventail de patients internationaux, la demande du tourisme médical aussi subi une segmentation structurée selon certains paramètres comme les facteurs géographiques, culturels, religieux et économiques affectant la prise de décision dans le choix de la destination.

Tableau 4.2: Pays sources du tourisme médical en Turquie

LES DIX PREMIERS PAYS SOURCES DU TOURISME MEDICAL EN TURQUIE (2016)							
1	Lybie	12.855	6	Russie	2.371		
2	Azerbaïdjan	12.318	7	Arabie Saoudite	2.179		
3	Irak	11.026	8	Syrie	1.919		
4	Allemagne	4.863	9	Hollande	1.385		
5	Turkménistan	2.684	10	Angleterre	1.266		
Source : Hasan Hüseyin YILDIRIM et al. (éd.), Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016 , Ankara : Sağlık Bakanlığı SHGM Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2017, p.10.							
LES DIX PREMIERS PAYS SOURCES DU TOURISME MEDICAL EN TURQUIE (2013)							
1	Lybie	42.511	6	Syrie	8.854		
2	Allemagne	36.590	7	Autriche	4.803		
3	Irak	32.917	8	Russie	3.688		
4	Azerbaïdjan	22.202	9	Turkménistan	3.445		
5	Hollande	12.547	10	Afghanistan	3.395		
Classement par type d'établissement							
Hôpitaux publics		Hôpitaux universitaires		Hôpitaux privés		Hôpitaux de recherche et de formation	
Allemagne	15.012	Allemagne	3.113	Libye	42.450	Syrie	4,767
Hollande	5.359	Irak	949	Irak	31.167	Allemagne	3,892

Belgique	1.350	Hollande	791	Azerbaïdjan	19.393	Azerbaïdjan	2,101
Autriche	1.324	Azerbaïdjan	591	Allemagne	14.573	Hollande	1,679
Syrie	1.265	Autriche	349	Hollande	4.718	Afghanistan	1,248
France	1.152	Afghanistan	249	Russie	3.428	Autriche	1,144
Afghanistan	223	Belgique	245	Romanie	2.942	Irak	740
RTCN*	173	Géorgie	220	Bulgarie	2.930	Turkménistan	619
Azerbaïdjan	117	Syrie	189	Turkménistan	2.660	Géorgie	370
Georgia	98	RTCN*	170	Syrie	2.633	Belgique	354
* RTCN : République turque de Chypre du Nord Source : Süreyya ŞEKER (éd.), 2014 Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu , Ankara : Sağlık Bakanlığı SGGM, 2015, pp. 79-88.							

Comme il apparaît au tableau 4.2, en 2013 la majorité des touristes médicaux en Turquie venaient d'Allemagne, de Libye, de Russie, d'Irak, des Pays-Bas, d'Azerbaïdjan et du Royaume-Uni. Une baisse notable est observée pour l'ensemble des données en 2016. Les sources ne fournissent pas de données détaillées pour cette, et il n'y a plus de données détaillées de ce type partagées ultérieurement.

A cette égard, d'après l'étude réalisée en 2015 par le ministère du Développement turc, ce même palmarès est présenté avec des différences considérables, plaçant par exemple la Hollande (8,45 %) au 2^{ème} rang, l'Irak (1 %) au 16^{ème} rang et l'Afghanistan (0,4 %) au 24^{ème} rang des principaux pays source de tourisme médical en Turquie, sans même donner place à la Lybie dans cette liste de 65 pays.²⁶⁴ Cette situation permet encore une fois de rappeler le manque de données statistique consensuel dans ce domaine.

Lorsque les statistiques du tourisme de santé en Turquie sont examinées pour 2013, on aperçoit que plus de patients viennent dans les hôpitaux privés que dans les hôpitaux publics.²⁶⁵ Néanmoins, ces dernières années une tendance à la hausse du nombre de patients internationaux venant dans les hôpitaux publics est observé et c'est justement, une des raisons de la création de l'USHAŞ, qui sera examinée ci-dessous, est spécifiquement d'inverser, ou du moins d'équilibrer, cette demande en faveur des hôpitaux publics.

²⁶⁴ Aysel BİNLER, **Türkiye'nin medikal turizm açısından değerlendirilmesi ve politika önerileri**, T.C. Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Temmuz 2015, p. 72.

²⁶⁵ Sıdika KAYA et al., **op. cit.**, 6.

Un travail récapitulatif des pays sources du tourisme médical (Tableau 4.2) ainsi que des points forts du tourisme médical (Figure 4.4) en Turquie est effectué pour être synthétisé dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4.3: Motivations du tourisme médical en Turquie par groupe de pays

Principales motivations du tourisme médical	Pays concernés
Existence des relations étroites en raison de liens familiaux avec la Turquie	Bulgarie, Grèce, Syrie, Azerbaïdjan
Présence d'une grande communauté originaire de la Turquie	Allemagne, Hollande, France
Pénuries de services médicaux en raison du manque d'infrastructures et de médecins	Libye, Algérie, Irak, Soudan, Somali, Afghanistan, Turkménistan, pays balkaniques, Pakistan, Syrie.
Prix relativement élevé des soins de santé	États-Unis, Allemagne
Longues files d'attente pour accéder aux soins médicaux	Angleterre, Hollande, Canada
Présence des services tels que les soins dentaires qui ne sont pas couverts par les systèmes d'assurance maladie	France, Angleterre, Irlande, Allemagne
Affluence dans la demande pour certains types de services	Pays moyen-orientaux, Pays balkaniques
Ratio élevé des personnes âgées parmi la population globale	Norvège, Suède, Finlande, Pays-Bas, Japon
Source : Hacı Ömer TONTUŞ, Tüm yönleriyle Sağlık Turizmi Hastaneler , Sağlık Bakanlığı SGGM, 2015, p. 13.	

Les choix médicaux des patients internationaux méritent également une attention particulière. En effet, même si le développement du tourisme de santé global est indiscutable, comme mentionné précédemment, les pays se développent dans différents domaines d'expertise.

Cette diversité dans l'expertise médical est non seulement spatiale mais également temporelle. En effet, même si la Turquie dispose d'une capacité de services médicaux très variée qui comprennent les greffes d'organes, tests génétiques, neurochirurgie, chirurgie oculaire, cardiologie, chirurgie cardiaque, orthopédie, greffes de cheveux, chirurgies plastiques ainsi que la dentisterie et la chirurgie buccale, les archives montrent que la plus importante spécialité du tourisme médical en Turquie fut pour des longues années le domaine ophtalmologique. Le pays abrite plusieurs hôpitaux ophtalmologiques les plus avancés au monde et l'un des plus grands réseaux de cliniques de vue monde a son siège à Istanbul. Alors que cette branche médicale persiste dans son importance, la chirurgie esthétique prend un essor indéniable, atteignant une importance croissante dans le tourisme médical turc.

Effectivement, la Turquie compte également des spécialistes de la rhinoplastie, d'abdominoplastie (tummy tuck) et du raffermisssement de la peau, en particulier autour des yeux. Les cliniques turques sont déjà connues dans le monde entier pour leurs techniques avancées de greffe de cheveux, notamment l'implantation directe de cheveux (DHI), l'extraction d'unités folliculaires (FUE) et l'IceGraft.²⁶⁶

Tableau 4.4: Traitements les plus sollicités pour le tourisme médical en Turquie

Chirurgies plastiques (Greffes de cheveux, rhinoplastie, liosuction, abdominoplastie, mammoplastie etc.)	Ophthalmologie et chirurgie oculaire (Intralasik, Lasik, chirurgie de la rétine, chirurgie de cataracte)	Dentisterie et chirurgie buccale (Implant dentaire, couronne, Invisalign, facette, blanchiment dentaire etc.)
Orthopédie & Traumatologie	Fécondation in vitro (y compris la préimplantation)	Chirurgie robotique (Gynécologie, urologie, Chirurgie générale, chirurgie de la colonne vertébrale, neurochirurgie, etc.)
Cardiologie & Chirurgie cardiovasculaire	Transplantation d'organes (Foie de donneur vivant, transplantations rénales, transplantation de moelle osseuse : Autologue, allogénique, haploïdétique)	Traitements contre le cancer (Médical, chirurgical et radiothérapie oncologique)
Diagnostic génétique		Traitements à base de cellules souches

Source : Préparé par l'auteur depuis les informations figurant dans plusieurs sources, notamment : Emine KILAVUZ, **op. cit.** 50 et Zişan Korkmaz ÖZCAN et Vahdettin AYDIN, **Sağlık Turizmi (Teori ve Politika)**, Kocaeli : Umuttepe Yayınları, 2015, p. 141.

Ainsi, en 2012, parmi les patients internationaux, les traitements médicaux populaires étaient les opérations oculaires avec une fréquence de 25 %, suivies de l'oncologie avec 13 % et de l'orthopédie avec 12 %. Par ailleurs, il est important de mentionner que la Turquie a également l'une des plus fortes densités de transplantations d'organes. En 2012, 53,7 patients par million (4.008 cas) ont reçu une greffe d'organe en Turquie, alors que ce taux était de 53,3 en Allemagne, 20,7 en Grèce et 2,6 en Bulgarie. Le nombre de transplantations d'organes en Turquie a augmenté d'un taux actuariel de 40 % entre 2002 et 2012, passant de 745 à 4.008.²⁶⁷

²⁶⁶ Emine KILAVUZ, Medical tourism competition: The case of Turkey, **International Journal of Health Management and Tourism**, 3(1) , 2018, p. 50 et Osman ÖZKAN, **op. cit.** 474-478.

²⁶⁷ Başak CANBULAT, **op. cit.**, 58.

4.2.2. Faiblesse et nécessité d'une politique efficace

Compte tenu de ce qui précède, on peut affirmer avec confiance que la Turquie possède un avantage comparatif considérable dans le domaine du tourisme médical. Cependant, il convient de noter qu'elle présente également certaines lacunes dans ce domaine.

Premièrement, la proportion des professionnels de la santé par rapport à la population est plutôt faible et ce manque de ressource humaine ne facilite évidemment pas l'expansion du tourisme médical. Ensuite, il semble y avoir une maîtrise limitée des langues étrangères parmi le personnel du tourisme médical. En effet, certains hôpitaux ne disposent uniquement des documents préparés en turc. Les lacunes juridiques dans le tourisme de santé ainsi que la coordination insuffisante entre les divers acteurs du tourisme médical (secteur public, privé, les syndicats ainsi que les ONG) sont également des points de faiblesse du tourisme médical turc. L'insuffisance des activités de promotion et de marketing ainsi que le manque de gestionnaires et de consultants expérimentés doivent également être cités dans ce contexte. Enfin, sur le plan géographique, même si la situation géographique du pays lui fournit un avantage logistique, l'instabilité politique récurrente dans la région est également une source de faiblesse pour le tourisme médical en Turquie.²⁶⁸

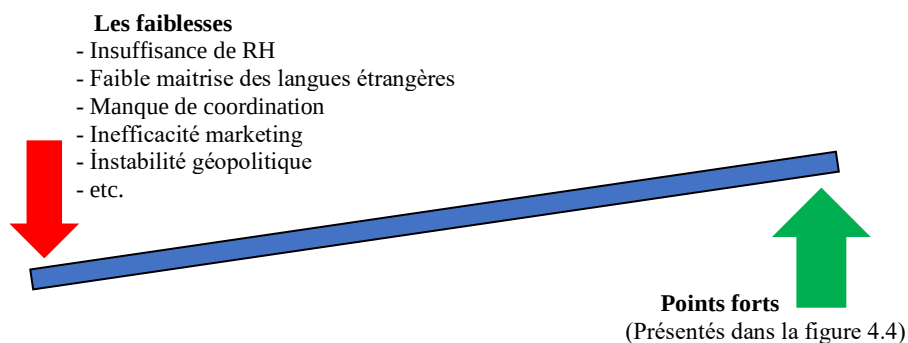


Figure 4.5: Sources de faiblesse du tourisme médical en Turquie

Source : Elaborée par l'auteur

Somme toute, la croissance du secteur du tourisme de santé global et le potentiel de la Turquie ainsi que les faiblesses du pays dans ce domaine ont attiré l'attention de

²⁶⁸ Emine KILAVUZ, *op. cit.*, 54; Aysel BİNLER, *op. cit.*, 104-105; Şevket YIRIK, Remziye EKICI et Furkan BALTACI, *op.cit.*, 212-215 ; Hasan GÜL, *op. cit.*, 62-63; Kemal Güven GÜLEN et Selma DEMİRCİ, *op.cit.*, 158-160.

l'État qui s'est manifestée par la légifération d'un certain nombre de règlements juridiques. Ainsi, comme beaucoup d'autre pays actifs dans le tourisme médical, la Turquie s'est engagée depuis plusieurs années dans une politique volontariste afin de développer cette filière.

4.2.3. Encadrement législatif

Bien que la mise en place d'une infrastructure juridique soit constamment à l'ordre du jour, il n'existe toujours pas de loi encadrant le tourisme de santé dans son intégrité. En effet, la législation relative au tourisme de santé en Turquie est principalement régie par des circulaires et des directives concernant les institutions et les organisations qui ont une relation directe ou indirecte avec le tourisme de santé. Comme il sera démontré ci-dessous, même si diverses structures ont été mises en place depuis maintenant plus d'une dizaine d'années, une politique claire et déterminée du tourisme médical n'a toujours pas été mise en place.²⁶⁹

Il est possible de voir que même si elle a été mise en place de manière indirecte, la première réglementation concernant la promotion du tourisme de santé a été instaurée en 1950, grâce à l'adoption de la loi n° 5647 sur la promotion des institutions touristiques.²⁷⁰ Cependant, il faudra attendre encore quelques années pour l'élaboration directe des politiques pour le tourisme de santé.

Étant donné que la politique du tourisme de santé en Turquie a été élaborée grâce à la collaboration entre plusieurs acteurs, il semble essentiel de mener une étude sur les principales parties prenantes pour acquérir une compréhension globale de l'évolution de la politique du tourisme médical en Turquie. Ainsi, les développements sous les auspices du ministère du Tourisme, de l'Organisation de Planification de l'État (OPE) et du ministère de la Santé seront respectivement discutés sous cette rubrique. Compte tenu de l'intégrité thématique, les développements liés au ministère de l'Économie seront mentionnés avec l'OPE. En outre, il a été jugé approprié d'exposer en profondeur la nouvelle entité sui generis « USHAŞ » en tant que sujet distinct.

²⁶⁹ Özgür ERBAŞ, Sağlık turizmi kanun taslağı ve mevzuatı, **Toplum ve Hekim**, 32(4), 2017, p. 282.

²⁷⁰ İbrahim BOZKURT, « Türkiye'de sağlık turizmine yönelik teşvik ve hibe uygulamaları » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020, p. 294.

4.2.3.1. Ministère de la Culture et du Tourisme

Conformément aux objectifs du IX^{ème} plan de développement (2007-2013) qui sera examiné ci-dessous, le ministère de la Culture et du Tourisme a rédigé en 2007 une feuille de route intitulée « Stratégie touristique de la Turquie 2023, Plan d'action 2007-2013 ». La diversification du tourisme et le soutien aux tourisms alternatifs étaient explicitement mentionnés dans ce document. En effet, le « tourisme de santé » et le « tourisme thermal » sont mentionnés parmi les types de tourisme alternatifs envisagés d'être développé en priorité au côté du tourisme d'hiver, du tourisme de golf, de l'écotourisme etc.²⁷¹ Toutefois, lorsque l'on examine en profondeur ce document, il est aperçu que l'expression « tourisme de santé » se réfère exclusivement au « tourisme thermal » et qu'il n'y a aucune mention, même pas implicitement, liée au tourisme médical, que ce soit dans les énoncés du document de stratégie ou dans le plan d'action.

Cette situation peut être liée au fait que le tourisme médical en Turquie n'a pas été pris suffisamment au sérieux par les pouvoirs publics avant les années 2010. Jusqu'en 2010, il est constaté que le terme « tourisme de santé » se réfère principalement au tourisme thermal. Par ailleurs, depuis les années 2010, l'institution exécutive des politiques du tourisme médical est le ministère de la Santé, alors que le ministère du Tourisme n'est qu'un acteur auxiliaire. En effet, le ministère de la Santé a été désigné comme ministère coordinateur du « Programme de développement du tourisme de santé » mis en œuvre dans le cadre du X^{ème} Plan de développement (2014-2018), programme qui sera examiné plus en détail par la suite.

Le ministère du Tourisme figure seulement comme partenaire dans l'une des quatre composantes de ce programme, à savoir la composante « Promotion efficace, commercialisation et renforcement de la coopération internationale dans le domaine du tourisme de santé ».²⁷²

²⁷¹ MINISTERE DE LA CULTURE ET DU TOURISME DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Stratégie touristique de la Turquie 2023 | Plan d'action 2007-2013**, Ankara : ministère de la Culture et du Tourisme, 2007, p. 35.

²⁷² MINISTERE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Programme de développement du tourisme de santé**, Ankara : ministère du Développement, 2015, p. 2.

Dans cet optique, un « Protocole de coopération pour la promotion du tourisme de santé » avait été signé en 2017 entre le ministère de la Santé et le ministère du Tourisme.²⁷³

4.2.3.2. L'OPE et le ministère de l'Economie

Jusqu'en 2011, les études de planification et de promotion liées à la santé et au tourisme en Turquie étaient principalement menées par l'OPE, qui deviendra plus tard le ministère du Développement, puis la Direction de la stratégie et du budget de la présidence.

L'OPE a avant tout mis l'accent sur la promotion du tourisme de masse dans ses plans quinquennaux de développement élaborés depuis 1960. Cependant, avec le V^{ème} Plan quinquennal de développement, on note une modeste évolution. Bien qu'indirectement, ce plan a fait le premier pas vers le développement du tourisme de santé en soulignant l'importance d'assurer la diversité des produits touristiques.²⁷⁴

Le VI^{ème} Plan quinquennal de développement (1990-1994) sera un peu plus explicite au sujet du tourisme de santé : « *Des mesures seront prises de façon à augmenter les taux d'occupation dans les installations existantes, à prolonger la période touristique et croître la qualité d'exploitation pour que la saison touristique s'étale tout au long de l'année. Des mesures incitatives seront développées pour renforcer l'attractivité des filières où il y a une pénurie d'approvisionnement comme le tourisme d'hiver, du golf, de santé, du 3ème âge, de congrès, du tourisme thermal et du tourisme de jeunesse.* ».²⁷⁵

Quant au VII^{ème} (1996-2000) et VIII^{ème} (2001-2005) Plan quinquennal de développement, on aperçoit l'expression suivante identiquement dans les deux textes : « *Afin d'améliorer la répartition saisonnière et géographique du tourisme et de créer*

²⁷³ MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Sağlık Turizminin Tanıtımı İşbirliği Protokolü imzalandı**, mise en ligne le 18 octobre 2017 et consulté le 17 mars 2024 sur www.saglik.gov.tr/TR-25957/saglik-turizminin-tanitimi-isbirligi-protokolu-imzalandi.html

²⁷⁴ Taner DALGIN, Levent KARADAĞ et Zekeriya BİNGÖL, Türkiye'de Turizmciğin Gelişimi ve Turizmle İlgili Sağlanan Teşvikler, **Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi**, 4(1), juin 2015, pp. 174-184.

²⁷⁵ OPE, **VI^{ème} Plan quinquennal de développement (1990-1994)**, Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 1989, pp. 281, 353.

*de nouvelles zones potentielles, en tenant compte de l'évolution des préférences des consommateurs sur le marché étranger, les efforts de développement le tourisme du golf, d'hiver, de montagne, thermal, de santé, nautique, caravanier, de croisière, de congrès et de divertissement seront poursuivis. ».*²⁷⁶

Le IX^{ème} Plan quinquennal de développement (2007-2013) aussi utilise quasiment la même expression mais avec une certaine nuance. En effet, de la même manière que les deux précédents plans, la diversification de l'offre touristique est encore mentionnée de manière quasi identique mais l'expression suivante est distinctement ajoutée parmi les objectifs : *« Compte tenu de l'avantage concurrentiel de la Turquie en termes de prix, de qualité de service et de ressources géothermales, le tourisme des services de santé sera soutenu. ».*²⁷⁷

A cet effet, le KOSGEB, l'organisme d'aide au développement des PME, qui n'accordait des aides et des incitations qu'aux investissements « industriels » jusqu'en 2009, a remplacé l'expression « industrie » par « entreprise » à la suite de la modification apportée par la loi n° 5891 en 2009. Ainsi, *« les hôtels et autres hébergements de courte durée, les activités des agences de voyages et des entreprises de voyages, les lieux d'hébergement non classés ailleurs »* ont également été inclus dans le champ d'application de l'aide aux PME.²⁷⁸

Par ailleurs, les mesures d'incitation et de soutien du ministère de l'Économie pour le secteur du tourisme ont été mises en œuvre dans le cadre du « Communiqué sur le soutien au commerce des services générateurs de devises » n° 2012/4 et ces soutiens ont été réorganisés conformément à la décision n° 2015/8²⁷⁹ (cf. Annexe 2).

C'est surtout avec le X^{ème} Plan de développement (2014-2018) que le tourisme de santé est employé en prenant en compte particulièrement la dimension du « tourisme médical ». En effet, l'Article 53 de ce document mentionne ce qui suit, *« Les dépenses de santé, qui devraient augmenter à long terme, apporteront des*

²⁷⁶ OPE, VII^{ème} Plan quinquennal de développement (1996-2000), Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 1995, p. 162 ; OPE, VIII^{ème} Plan quinquennal de développement (2001-2005), Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 2000, p. 168.

²⁷⁷ OPE, IX^{ème} Plan quinquennal de développement (2007-2013), Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 2006, p. 82.

²⁷⁸ İbrahim BOZKURT, *op. cit.*, 296-297.

²⁷⁹ *Ibid.*

*opportunités telles que l'utilisation plus intensive des technologies de la santé, des produits pharmaceutiques et d'équipements médicaux, et du développement du tourisme de santé. La Turquie, qui est de plus en plus compétitive au sujet de la qualité de prestation des services de santé. Elle a donc le potentiel de fournir des services de santé aux pays dont la population est vieillissante, en particulier en Europe et dans les pays de l'OCDE. Le tourisme de santé a un effet sur le solde courant dû aux recettes de devise, sur l'emploi en raison de son caractère à forte intensité de main-d'œuvre, sur l'augmenter des revenus grâce à l'augmentation de la diversité et de la valeur ajoutée dans le tourisme et enfin il a un impact sur l'investissement grâce au renforcement des infrastructures de santé. ».*²⁸⁰

A la différence des précédents plans, pour la première fois des programmes spéciaux ont été mis en œuvre dans le cadre du X^{ème} Plan de développement (2014-2018). Ces programmes intitulés « Programmes de transformation prioritaires », ont été conçus pour répondre aux principaux objectifs du Plan, et le « Programme de développement du tourisme de santé » était l'un de ces 25 programmes. La plupart de ces programmes ont été conçu pour les domaines de réforme critiques qui relèvent souvent de la responsabilité de plusieurs ministères, nécessitant ainsi une coordination interinstitutionnelle.

Tableau 4.5: Objectifs 2018 du Programme de développement du tourisme de santé

Objectifs du « Programme de développement du tourisme de santé X^{ème} Plan de développement (2014-2018) »		
Indicateur	État actuel (2013)	Objectif (2018)
Capacité d'accueil des lits de tourisme thermal	42.000	100.000
Nombre de touristes thermaux étrangers	500.000	1.500.000
Revenus du tourisme thermal	(non fourni)	3 milliards USD
Nombre des touristes médicaux	308.500	750.000
Revenus du tourisme médical	(non fourni)	5,6 milliards USD
Classement mondial du tourisme médical	(non fourni)	Top 5 des destinations mondiales
Nombre de touristes gériatriques	(non fourni)	150.000
Revenus du tourisme gériatrique	(non fourni)	750 millions USD
Revenus du tourisme thermal, médical et gériatrique	2,75 milliards USD	9,35 milliards USD
Source : MINISTERE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, « Programme de développement du tourisme de santé du X ^{ème} Plan de développement (2014-2018) », Ankara : ministère du Développement, 2015, pp. 1-2.		

²⁸⁰ MINISTERE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, X^{ème} Plan de développement (2014-2018), Ankara : ministère du Développement, 2013, p. 11.

Selon ce programme, afin d'accroître la compétitivité de la Turquie, il est nécessaire de renforcer la coopération entre les secteurs public et privé et de fournir un soutien à l'investissement ainsi qu'à la planification du tourisme de santé. A cet égard, la deuxième action intitulée « 1.2 Développement des mécanismes de coordination entre les institutions publiques, renforcement de la coopération entre les secteurs public et privé », est certainement l'initiative la plus concrète du programme composé d'un total de 34 actions.²⁸¹ Cet objectif a finalement été réalisé en 2015 avec la création du Conseil de coordination du tourisme de santé (SATURK). Le contexte de la création du SATURK ci-dessous, sous la rubrique du ministère de la Santé.

En raison de l'ampleur de leur contenu, les parties relatives au tourisme de santé du XI^{ème} (2019-2023) et XII^{ème} (2024-2028) plan de développement sont présentées en Annexe 3.

4.2.3.3. Ministère de la Santé

Le PTS mis en œuvre fin 2002, ayant comme objectif de rendre les prestations des services de santé plus efficaces, efficaces et accessibles a élargi en 2007 son champ d'application de façon à mieux servir les activités de tourisme de santé. En effet, 3 nouvelles dimensions ont été ajoutées cette année au PTS parmi lesquelles figurait les « Services de santé transfrontaliers qui augmenteront la force du pays sur la scène internationale. ».²⁸²

Il convient de préciser également qu'à la lumière du PTS, le ministère de la Santé a préparé son premier Plan stratégique 2010-2014. Dans le cadre de ce plan, sous l'objectif 2.9 intitulé « Poursuivre la coopération avec d'autres pays et organisations internationales dans le domaine de la santé, faire de la Turquie un centre d'attraction dans sa région et accroître sa capacité à fournir des services de santé transfrontaliers. » le sous-rubrique « 2.9.2. Faire de la Turquie un centre d'attraction dans la région dans la fourniture de services de santé » régissait les mesures suivantes²⁸³ :

²⁸¹ MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DE LA RÉPUBLIQUE DE TURQUIE, **Programme de développement du tourisme de santé du X^{ème} Plan de développement (2014-2018)**, Ankara : ministère du Développement, 2015, p. 4.

²⁸² Hakan TUNA et Zafer AKBAŞ, **op. cit.**, 98.

²⁸³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DE TURQUIE, **Plan stratégique 2010-2014**, publication n° 788, Ankara : ministère de la Santé, (s.d), p. 80.

- Etablir la coopération avec le secteur privé et les ONG dans le domaine du tourisme de santé,
- Déterminer les critères pour les établissements qui pratiquent le tourisme de santé et l'inspections de ces établissements,
- Soutenir les activités de tourisme de santé effectué à l'étranger du secteur public & privé présent dans les régions où le tourisme thermal est pratiqué,
- Soutenir aux activités de tourisme médical de secteur public-privé du tourisme médical,
- Poursuivre les efforts pour réduire les problèmes rencontrés lors de l'admission et du traitement des patients.

Par la suite, le plan stratégique 2010-2014 a été révisé pour s'intituler « plan stratégique 2013-2017 ». Le quatrième objectif stratégique de ce plan a été défini comme la suivante : « *Continuer à développer le système de santé en tant que moyen à contribuer au développement économique et social de la Turquie et à la santé mondiale* » et sous cette rubrique, « *le renforcement du tourisme de santé en Turquie* » est défini comme cinquième sous objectif.²⁸⁴

En raison de l'ampleur de leur contenu mais aussi pour ne pas négliger des parties de ces documents cruciaux de la politique du tourisme médical en Turquie, les parties relatives au tourisme de santé des plans stratégiques « 2013-2017 », « 2019-2023 », « 2019-2023 révisé en 2022 » et « 2024-2028 » élaboré par le ministère de la Santé sont présentées en Annexe 4.

Au vu de l'augmentation croissante du nombre de patients étrangers venant en Turquie, l'« Unité de tourisme de santé » a été créé le 31 mars 2010 sous la Direction générale des services de santé primaires du ministère de la Santé ayant comme objectif d'accréditer les services de tourisme de santé et de gérer de façon centralisé les activités de ce domaine. A peine un an plus tard, en 2011 cette unité a été transférée à

²⁸⁴ MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Plan stratégique 2013-2017**, Ankara : ministère de la Santé, 2012, pp. 118-119.

la Direction générale des services de traitement sous le nom de « Unité de coordination du tourisme de santé ».²⁸⁵

La même année, conformément au décret-loi n° 663 et dans le cadre de la restructuration du ministère, cette fois-ci le « Département du tourisme de santé » a été créé au sein de la Direction générale des services de santé, renforçant ainsi son statut administratif. Cette restructuration a ouvert la voie à des progrès permettant la prise de décisions plus rapides dans le domaine du tourisme de santé.²⁸⁶ Ainsi, par exemple dès début 2012, afin de suivre les activités de tourisme de santé, le portail Internet www.saglikturizmi.gov.tr a été mis en service ainsi qu'un centre d'appels a été créé pour fournir aux patients étrangers un service d'assistance disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 en six langues (anglais, arabe, russe, persan, français et allemand).²⁸⁷

Afin de rassembler les acteurs du domaine du tourisme de santé et de donner des idées communes, le Conseil de coordination du tourisme de santé (SATURK) a été créé en 2015.²⁸⁸ Ainsi, comme mentionné ci-dessus, l'un des principaux objectifs du X^{ème} Plan de développement a été réalisé. Deux ans après la création du SATURK, les préparations pour la création d'USHAŞ présenté ci-bas, ont été entamé pour être finalement rendu officiel en 2018.²⁸⁹

SATURK étant rendu caduque avec la création d'USHAŞ, la nécessité de redéfinir les tâches du Département du tourisme de santé est apparue. Avec le nouveau règlement entrée en vigueur en 2020²⁹⁰, le portefeuille de compétences de ce département a été rétablie comme la suivante :

- Planifier les services liés au tourisme de santé et à la santé des touristes,
- Délivrer les autorisations nécessaires,

²⁸⁵ Hasan GÜL, *op. cit.*, 25.

²⁸⁶ Emine Didem EVCİ KİRAZ et Pınar ÖZDEMİR DENİZ, Sağlıklı Turizm Hareketi, *Journal of Biotechnol and Strategic Health Research*, 2(1), 2018, p. 5.

²⁸⁷ Ayhan ÖZGÜL, *Türkiye'de sağlık Turizmi politikaları üzerine bir değerlendirme*, mémoire de mastère, Isparta : Université Süleyman Demirel, 2014, p. 80.

²⁸⁸ Etabli par la circulaire du 6 février 2015 publiée au Journal officiel du 7 février 2015 n° 29260.

²⁸⁹ Murat EREN et Oğuz TÜRKAY, Türk medikal turizm sektöründe yapı, işleyiş ve sorunlar: farklı paydaşlar gözünden bir değerlendirme, *İşletme Bilimi Dergisi*, 11(2), 2023, p. 98.

²⁹⁰ Directive du 10 janvier 2020 portant le n° 244 « Directive relative aux attributions des services de la Direction générale des services de santé »

- Réaliser les activités liés au tourisme de santé en coordination avec les institutions et organisations concernées,
- Etablir les critères d'acceptation des patients qui viendront de l'étranger en Turquie pour se faire soigner dans le cadre du tourisme de santé et examiner leurs demandes et plaintes,
- Fournir des services d'assistance et de conseil aux patients dans le cadre du tourisme de santé et de la santé des touristes lorsque cela est nécessaire et tenir les registres,
- Planifier et coordonner les procédures concernant les patients venus en Turquie dans le cadre de la coopération bilatérale,
- Assurer la coordination avec l'USHAŞ,
- Accomplir les divers tâches assignées par le directeur général.

4.2.4. USHAŞ et « Health Türkiye »

Même si la création de l'USHAŞ avait été pour la première fois incluse dans le projet d'amendement au décret-loi n° 663 en 2017, ce texte n'avait pas été promulgué. USHAŞ a été officiellement créée le 03 août 2018.²⁹¹

Entreprise affiliée directement du ministère de la Santé, et ayant même son siège social dans les locaux du ministère de la Santé à Ankara, USHAŞ a lancé ses activités le 04 février 2019. Il est attendu de l'USHAŞ qu'elle réalise la présentation des services en Turquie dans le domaine des services internationaux de santé, coordonne les activités pour le tourisme de la santé du secteur public et privé, propose des suggestions au Ministère à propos des critères d'accréditation et des normes de présentation de service avec les politiques et les stratégies sur les service internationaux de santé.

Les domaines d'activité d'USHAŞ sont comme la suivante²⁹²:

1. Attribuer les certificats d'activité aux établissements intermédiaire dans le domaine des services internationaux de santé.

²⁹¹ Article 19 de la loi n° 7146 sur le service militaire et d'autres lois ainsi que sur la modification du décret-loi n° 663. Accepté le 26 juillet 2018 et publié le 3 août 2018 au Journal officiel n° 30498. www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/08/20180803-20.htm

²⁹² Ibid.

2. Réaliser la présentation internationale des services de santé de la Turquie, les coordonner, orienter et soutenir les activités de présentation et d'information dans ce domaine.
3. Réaliser les activités d'intermédiation relatives aux services de santé internationaux et dans le cadre du pouvoir accordé. Conclure des contrats dans ce domaine au nom des institutions du secteur public et privé. Soutenir l'exécution de ces contrats.
4. Répondre aux demandes d'information sur les services internationaux de santé, intervenir auprès des autorités concernées pour la résolution des litiges et des plaintes, prendre les mesures préventives en prenant compte les problèmes que peuvent rencontrer les partis.
5. Effectuer la présentation du système de santé de la Turquie, réaliser la consultation aux personnes et aux institutions internationales au sujet des modèles de coopération privée publique, du financement et du systèmes de santé, répondre aux demandes étrangères sur l'installation et le développement des systèmes dans ces domaines, préparer des projet et les appliquer.
6. Entreprendre des installations de santé ou les exploiter, constituer des partenariats et réaliser des coopérations à l'étranger, construire ou faire construire des installations dans le domaine de la santé et de l'éducation, réaliser l'approvisionnement des médicaments, appareils et matériaux médicaux.
7. Effectuer des activités relatives au tourisme de l'éducation professionnelle de la santé, réaliser les activités d'intermédiation pour inscrire des étudiants étrangers aux établissements scolaire turcs, ouvrir des établissements de santé à l'étranger et effectuer des activités d'éducation.
8. Réaliser des congrès, des séminaires nationaux et internationaux et divers activités relatifs aux domaines d'activité, effectuer des recherches et des publications.
9. Coopérer avec les institutions concernées au sujet des règlementations juridiques et tarifaires, des critères d'accréditation, des normes de prestation, des politiques et des stratégies sur les services internationaux de santé et réaliser des suggestions au Ministère dans ces domaines.
10. Développer des soutiens sur la formation des métiers de la santé, soutenir les établissements scolaires et les étudiants internationaux dans ce domaine.

Il est clair que les objectifs et domaines d'activité de l'USHAŞ sont beaucoup plus large de ceux de son prédécesseur, la SATURK. Avec cette nouvelle réglementation, l'USHAŞ, remplira une fonction plus complète qu'il n'y paraît.²⁹³

En effet, sur le portail « Health Türkiye », USHAŞ est défini comme la suivante ; *« Avec un soutien solide et le soutien du gouvernement, l'USHAŞ est la première et dernière chose que vous devriez chercher dans les soins de santé de la Turquie. (...) nous avons également une expertise avérée dans les systèmes de gestion de l'offre. La collecte de données sur le tourisme de santé et la définition d'objectifs stratégiques autour de ces données sont quelques-unes des activités importantes de l'USHAŞ. »*.²⁹⁴

Sur son site internet, Health Türkiye se présente comme étant une marque déposée d'USHAŞ et la seule plate-forme officielle de l'ensemble du système de santé de la Turquie. Ce portail a été créé en tant que marque parapluie ayant comme ambition de donner à la Turquie un avantage promotionnel sur la scène internationale. La mission de Health Türkiye est définie comme étant de *« fournir un portail central où les patients peuvent choisir leurs plans de traitement dans notre base de données d'établissements et de médecins. En quelques étapes simples, vous pouvez nous contacter et nous vous fournirons un diagnostic précis et les bonnes options de traitement pour vous. »*.²⁹⁵

Ainsi, tout comme l'expansion des domaines d'activité de l'USHAŞ par rapport à la SATURK, le portail « Health Türkiye » semble être plus ambitieux que son prédécesseur « www.saglikturizmi.gov.tr ». N'étant plus opérationnel depuis début 2023, diverses versions de ce site ont pu être consultées au fil des années via archive.org. Alors que « www.saglikturizmi.gov.tr » se présentait comme un site internet ordinaire d'une administration publique, le site « Health Türkiye » a une orientation beaucoup plus axée sur le marketing, s'adressant directement aux patients étrangers. C'est précisément ce caractère vigoureux qui suscite des inquiétudes chez

²⁹³ Ali SOMEL, Ekonomik kriz ve sağlık turizmi: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi neden kuruldu?, *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 47 (Aralık), 2020, pp. 220-221.

²⁹⁴ HEALTH TÜRKİYE, **A propos de nous**, (s.d.) consulté le 19 mars 2024 sur www.healthturkiye.com/fr/a-propos-de-nous

²⁹⁵ Ibid.

les divers acteurs du tourisme médical, qui observent avec méfiance l'émergence de l'USHAŞ.²⁹⁶

4.3. L'interaction entre la diplomatie et le tourisme médical

À l'instar de divers facteurs tels que les considérations politiques, économiques et sociales, le tourisme médical est également influencé par la politique étrangère d'un pays, qui joue un rôle crucial dans la détermination de sa performance en matière de tourisme médical. Les relations diplomatiques, les accords internationaux, et la perception globale du pays peuvent encourager, ou au contraire dissuader les patients étrangers dans leur choix de destination.²⁹⁷ Le tourisme médical, comme les autres formes de tourisme, prospère dans des environnements où les obstacles bureaucratiques sont minimisés. A cet effet, la politique de visa en est un exemple particulièrement illustratif. En effet, les coûts élevés et les complexités associés à l'obtention d'un visa d'entrée peuvent dissuader les individus de rechercher des soins médicaux dans ce pays. L'importance du maintien d'une politique de visa appropriée pour le succès du tourisme médical a été étudiée à la section 3.5.2. Il sera maintenant question d'aborder d'autres aspects de l'impact de la politique étrangère sur le tourisme médical.

La stabilité politique et la sécurité nationale des pays destinataires sont des facteurs essentiels inspirant confiance aux patients potentiels et les incitant à rechercher un traitement médical dans ces pays. Un environnement paisible et sûr est une condition fondamentale pour attirer les touristes, et l'absence de telles conditions constitue un obstacle important au tourisme médical. La stabilité est cruciale, car les conflits, les troubles politiques et d'autres formes d'insécurité dissuadent les visiteurs, y compris les touristes médicaux. De même, la sécurité est primordiale, car il est peu probable que les individus recherchent des soins médicaux dans des zones en proie à la criminalité, à la violence et à la corruption.²⁹⁸

²⁹⁶ Erkan KÜP (éd.), **Kayseri Sağlık Turizm Çalıştayı / 28-29 Haziran 2019**, Kayseri Büyükşehir Belediyesi, Yayın n° 151, 2019, pp. 54-55.

²⁹⁷ Sylvie MATELLY, Le tourisme, un objet géopolitique, **Revue internationale et stratégique**, (90), IRIS éditions, 2013/2, pp. 67-68.

²⁹⁸ C. Michael HALL et Vanessa O'SULLIVAN, Tourism, political stability and violence dans **Tourism, Crime and International Security Issues** (éd. Abraham PIZAM et Yoel MANSFELD), John Wiley & Sons, Chichester, 1996, pp. 91-122.

Non seulement les touristes trouveront trop risqué de voyager dans un pays sans un gouvernement stable, où les troubles politiques, sous forme de terrorisme ou de manifestations violentes, sont courants, mais de plus, le régime politique et les dispositions sécuritaires des pays sont étroitement liés à la politique étrangère que les gouvernements mettent en place. En effet, les émeutes du « Printemps arabe » en 2011 ont suffi pour stopper, voire inverser, la croissance du tourisme médical que la Jordanie avait travaillé dur à développer.²⁹⁹

L'exemple le plus emblématique est survenu après les attentats du 11 septembre 2001 (9/11). À partir de cet événement, les États-Unis, autrefois leaders dans l'accueil de patients étrangers, notamment en provenance des pays arabes³⁰⁰, ont perdu cette position au profit des pays du sud-est asiatique. Les patients des pays du Golfe ont de plus en plus choisi de se tourner vers leurs voisins d'Asie du Sud-Est tels que la Thaïlande, Singapour, l'Inde et la Corée du Sud pour se faire soigner. Cette dynamique a renforcé le tourisme médical dans des pays comme la Thaïlande, stimulée par les nouvelles conditions géopolitiques.³⁰¹

Enfin, cette nouvelle impulsion n'est évidemment pas due uniquement à ce facteur. Divers éléments se sont réunis à un moment donné pour stimuler le tourisme médical. La crise économique de 1997 a contraint les pays asiatiques à reconfigurer leur industrie médicale et à exporter leurs services médicaux, tandis que le développement remarquable des TIC, notamment d'Internet, avait déjà préparé le terrain à une arrivée massive de touristes médicaux. C'est dans un tel contexte que les attentats du 9/11 ont servi de catalyseur pour cette nouvelle conjoncture. Cette conjonction de facteurs a été si exceptionnelle qu'elle est qualifiée d'« enfant improbable » dans la littérature.³⁰²

²⁹⁹ Kathy STOLLEY et Stephanie WATSON, *op. cit.*, 127-128.

³⁰⁰ Le terme « arabe » est utilisé ici par souci de concision. Il est courant dans la littérature d'employer ce terme pour désigner non seulement les pays arabo-musulmans, mais également ceux du Moyen-Orient et au-delà, malgré les nuances entre ces différentes désignations. Bien que ces termes puissent comporter des différences importantes, ils sont utilisés de manière interchangeable dans cette section pour simplifier la présentation. Il est tout de même important d'avertir le lecteur que cette simplification peut masquer des distinctions culturelles et géographiques plus fines entre les pays concernés.

³⁰¹ Haek Liz KIM et Sunghyup Sean HYUN, *op. cit.*, 10.

³⁰² John CONNELL, *op. cit.*, 48-49.

Lors de la crise économique asiatique de 1997 à 2001, de nombreux Asiatiques se sont retrouvés dans l'incapacité de voyager à Singapour, et encore moins aux États-Unis, comme c'était le cas auparavant. Profitant de cette situation, le célèbre HIB, pionnier du tourisme médical en Thaïlande, a su se positionner comme une alternative attrayante. Ce potentiel régional s'est encore élargi à partir de 2001, lorsque les ressortissants des pays arabes ont été découragés de se rendre aux États-Unis. En 2001, l'hôpital avait accueilli 5.000 patients en provenance des pays arabes, un nombre qui avait presque été multiplié par 20 en 2006, atteignant 93.000.³⁰³

Le directeur des programmes internationaux de la HIB observait que les personnes aisées de la région arabe, qui avaient auparavant du mal à obtenir des visas pour un traitement médical en Europe, choisissent désormais de plus en plus de se faire soigner dans leur établissement. Ce dernier confirme la spectaculaire croissance du nombre de patients en provenance des pays du Golfe, avec une augmentation annuelle passant de 4.000 en 2000 à 20.000 en 2002, soit une croissance de plus de 100 %.³⁰⁴

Cette tendance s'est maintenue, et en 2010, les UAE étaient le premier pays source de touristes médicaux en Thaïlande, tandis que l'Oman et le Qatar se classaient respectivement en 5^{ème} et 6^{ème} positions avec des parts de 6,77 % et 4,97 %. Au total, 38 % des touristes médicaux en Thaïlande provenaient de la région de la Méditerranée orientale, faisant de cette sous-région la principale source de touristes médicaux.³⁰⁵

Cependant, la Thaïlande et les pays asiatiques ne sont pas les seuls à avoir bénéficié de cette réorientation des flux de tourisme médical. Si le « Patriot Act » émis par les États-Unis après le 11 septembre avait imposé des restrictions aux voyageurs originaires de certains pays arabo-musulmans, ces restrictions n'ont pas été strictement appliquées par tous les pays occidentaux, comme l'Allemagne. Ainsi, de nombreux patients en provenance des pays du Golfe se sont détournés des États-Unis pour se tourner vers l'Allemagne, où ils pouvaient obtenir des soins nécessitant une expertise

³⁰³ Norra MACREADY, Developing countries court medical tourists, **The Lancet**, 369, 2007, p. 1849.

³⁰⁴ Marco RANGI, **La Thaïlande, paradis du tourisme médical**, L'Express, publié le 28 août 2003 et consulté le 10 juillet 2024 sur www.lexpress.fr/monde/asia/la-thaïlande-paradis-du-tourisme-medical_495517.html

³⁰⁵ Thinakorn NOREE, Johanna HANEFELD et Richard SMITH, Medical tourism in Thailand: A cross-sectional study, **Bulletin of World Health Organisation**, 94, 2016, pp. 31-32, DOI : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.152165>

médicale importante, tels que la cardiologie, les interventions en neurologie, et les bilans de santé.³⁰⁶

Les recettes du tourisme médical aux États-Unis, qui avaient atteint 1,4 milliard USD en 2000, ont été réduites de moitié entre 2002 et 2003, principalement en raison de la diminution du nombre de patients arabes et musulmans, au profit de pays comme l'Allemagne, qui attire désormais davantage de ces patients. L'Allemagne a réussi à se forger une image de marque associée à l'expertise et à la haute qualité, tout en étant relativement moins stricte en matière de restrictions sur les visas. Cependant, ces facteurs ne sont pas les seuls à avoir attiré l'attention des populations du Moyen-Orient. En effet, alors que l'hostilité envers les Arabes et les discours islamophobes se renforçaient, notamment après les événements du 9/11, l'Allemagne s'est distinguée par sa position contre la guerre en Irak, améliorant ainsi son image dans le monde arabo-musulman.³⁰⁷

Cette aptitude à attirer et à persuader en mettant en avant les valeurs, la culture et les politiques d'un pays à travers diverses formes de coopération est communément désignée par le terme « soft power ».³⁰⁸ Joseph Nye, pionnier de ce concept, le définit comme la capacité d'influencer les préférences d'autres nations par le biais de facteurs intangibles tels que la culture, l'idéologie et les institutions.³⁰⁹

Si l'Allemagne a su capitaliser sur son attractivité, c'est en grande partie grâce à son puissant soft power, qu'elle continue de préserver. En effet, selon l'Indice de Soft Power Mondial 2024 de Brand Finance, l'Allemagne se classe en 5^{ème} position sur une liste de 193 pays³¹⁰. Bien que la méthodologie et la validité de ce classement puissent être discutées³¹¹, et que d'autres évaluations puissent donner des résultats divergents³¹²,

³⁰⁶ Serikpa Georges LOHORE, **op. cit.** p. 263.

³⁰⁷ Alaa AL HAMARNEH, *Tourisme médical arabe en Allemagne*, **Tourisme Islamique**, n° 21, janvier-février, 2006, p. 20.

³⁰⁸ Eytan GILBOA, *Searching for a Theory of Public Diplomacy*, **The Annals of the American Academy of Political and Social Science (AAPSS)**, 616(1), 2008, p. 57.

³⁰⁹ Joseph S. Jr NYE, « The Changing Nature of World Power », **Political Science Quarterly**, 105(2), 1990, pp. 177-192, DOI : <https://doi.org/10.2307/2151022>.

³¹⁰ BRAND FINANCE, **Global Soft Power Index 2024**, (s.d), consulté le 15 juillet 2024 sur <https://static.brandirectory.com/reports/brand-finance-soft-power-index-2024-digital.pdf>

³¹¹ La présence d'une section exprimant la gratitude envers les agents publics de certains pays au début du rapport est l'un des éléments qui soulève des doutes sur la neutralité perçue.

³¹² L'indice « Elcano Global Presence » préparé par Elcano Royal Institute est par exemple une des sources alternatives.

il est notable que la Turquie qui se réjouit des progrès réalisés sur cette liste accorde une grande importance à l'amélioration de son image à travers ce classement.³¹³

La Turquie ne ménage aucun effort pour l'établissement d'une marque-pays solide et le renforcement de son soft power. Ce choix stratégique n'est pas anodin car de nombreuses études soulignent le rôle crucial du soft power dans le renforcement de l'attractivité du pays, notamment pour le développement de son tourisme médical.³¹⁴ Ainsi, une étude réalisée en 2017 auprès de 494 touristes médicaux en Turquie et de leurs proches a révélé que la perception de la politique étrangère turque influence significativement les préférences des patients. Selon cette étude, les changements dans la politique étrangère peuvent avoir un impact plus important sur les choix des touristes médicaux que les coûts de traitement. Les relations bilatérales de la Turquie, son statut de membre de l'OTAN tout comme l'amélioration de sa relation avec la Russie, son implication dans la résolution du conflit syrien ainsi que son aide aux réfugiés syriens renforcent sa perception internationale. L'étude souligne également que le soft power turc, consolidé par son engagement humanitaire, son identité laïque et démocratique, et ses liens culturels avec le Moyen-Orient, influence positivement les décisions des touristes médicaux.³¹⁵

La perception de l'image de la Turquie par les patients du Moyen-Orient est si déterminante qu'une étude réalisée cette fois-ci exclusivement auprès des patients en provenance des pays arabophones³¹⁶ a révélé que les facteurs liés aux similitudes culturelles et religieuses jouent un rôle crucial dans le choix du pays pour un traitement médical, se classant juste en dessous des considérations liées à la qualité des soins. Ces facteurs sont considérés comme plus significatifs que les avantages de prix par rapport

³¹³ INVEST IN TÜRKİYE, **Türkiye Ascends 10 Places in Global Soft Power Index 2024**, Bureau d'Investissement de la Présidence de la République de Turquie, publié le 5 mars 2024 et consulté le 15 juillet 2024 sur www.invest.gov.tr/en/news/news-from-turkey/pages/turkiye-ascends-10-places-in-global-soft-power-index-2024.aspx.

³¹⁴ Burcu ZEYBEK, « Kamu Diplomasisi aracı olarak ülke markalama » dans **Kamu Diplomasisinde yeni yönelimler** (éd. Oğuz GÖKSU), Konya : Literatürk Academia, 2019, pp. 89-109; Hasan Hüseyin YILDIRIM, **Sağlık Turizmi ve Anadolu Nimetleri: Markalaşma Yolunda Türkiye İçin Stratejik Bir İş Modeli Önerisi**, Ankara : TUSPE Yayınları, 2018.

³¹⁵ Hakan TUNA et Zafer AKBAS, **op. cit.**, 235-238.

³¹⁶ Les pays en question sont l'Algérie, le Maroc, la Jordanie, la Tunisie, la Palestine, l'Irak, la Libye, le Yémen, les ÉAU, l'Égypte, le Liban, le Bahreïn, le Qatar, l'Arabie Saoudite, le Soudan, Oman, la Mauritanie et le Koweït.

à d'autres destinations, les attractions touristiques du pays ou la proximité géographique.³¹⁷

Une dernière étude qui mérite d'être mentionnée confirme également l'importance de l'image du pays pour les touristes médicaux. Selon cette étude, l'image du pays, la perception de son hospitalité, ainsi que la proximité religieuse et culturelle (cf. section 3.2.3.) sont des facteurs déterminants dans le choix des touristes médicaux, comme le montrent les déclarations des participants : « *Nous sommes venus ici parce que les services sont de qualité, ils sont dévoués à leur travail et la culture nous semble similaire. Les langues ne sont pas les mêmes mais la culture l'est (Kazakhstan1)* », « *Le fait que ce soit un pays musulman a une grande importance pour moi (Irak3)* ». ³¹⁸

La Turquie a commencé à recevoir les premières vagues de patients du Moyen-Orient après les événements du 9/11, notamment des patients originaires d'Irak, d'Iran, de Syrie, de la Libye mais aussi des pays du Golfe Persique tels que le Qatar et le Koweït.³¹⁹ Aujourd'hui, une part importante du volume de son tourisme médical provient toujours des patients du monde arabe. La Turquie continue de les accueillir, si bien que plus de la moitié des touristes médicaux de l'année 2016 provenaient des pays arabes, et cette proportion serait encore plus marquée si l'on devait considérer les Européens issus de l'immigration.³²⁰

Avec un taux de croissance de 9 % au cours des huit premiers mois de l'année 2016, la croissance du nombre de touristes médicaux en provenance du Moyen-Orient était la plus rapide au monde. Par ailleurs, les patients de cette région sont particulièrement attractifs en raison de leurs dépenses élevées et de la durée prolongée de leurs séjours.³²¹ Les pays arabes représentent une source particulièrement importante pour certaines régions de la Turquie, comme Trabzon, où l'intérêt des

³¹⁷ M. Said YILDIZ et M. Mahmud KHAN, Factors Affecting the Choice of Medical Tourism Destination: A Case Study of Medical Tourists from the Arab Region in Turkey, **Journal of Health Management**, 21(4), 2019, pp. 469-470.

³¹⁸ Uygur ÜSTÜN et Yeter DEMİR USLU, **op. cit.**, 349.

³¹⁹ Ayşecan TERZİOĞLU, Le tourisme médical en Turquie. Repenser la santé dans un contexte globalisé, **Ethnologie française**, XLIV, 2014/ 2, Éditions PUF, p. 259.

³²⁰ Hasan Hüseyin YILDIRIM et al., **Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016**, Ankara : Sağlık Bakanlığı SHGM Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2017, p. 10.

³²¹ Ahmed KAMASSI, Noor Hazilah Abdul MANAF et Azura OMAR, The need of international Islamic standards for medical tourism providers: a Malaysian experience, **Journal of Islamic Marketing**, 12(1), 2021, pp. 113-123.

touristes arabes est notable. Entre 2013 et 2015, la proportion de patients saoudiens parmi tous les patients étrangers à Trabzon est passée de 15,52 % à 29,6 %, faisant de cette catégorie la principale source de patients étrangers dans cette province. Bien qu'il n'existe pas de statistiques plus récentes, il est fort probable que cette proportion ait encore augmenté ces dernières années.³²²

Avant de conclure cette section sur la politique étrangère, il est important de préciser que le terme « interaction » a été choisi délibérément plutôt que « impact », car la relation entre ces deux phénomènes est effectivement interactive. Comme il a été démontré précédemment, la politique étrangère d'un pays peut influencer son potentiel de tourisme médical. Inversement, le potentiel des prestations médicales d'un pays peut également affecter sa politique étrangère. Effectivement, les pays cherchant à renforcer leur potentiel de tourisme médical seront amenés à adopter un discours diplomatique adapté en conséquence. L'interaction entre la politique étrangère de la Turquie et le tourisme médical est clairement exposée par le Prof. Ahmet Davutoğlu, ministre des Affaires étrangères à l'époque :

(...) Aujourd'hui, pour que votre vision de la politique étrangère soit partagée par d'autres acteurs régionaux, il est nécessaire qu'elle ait d'abord atteint une position exemplaire dans des domaines fondamentaux comme l'éducation, la culture et la santé. Ces éléments sont essentiellement des composantes du « soft power » d'un pays. Ainsi, on peut parler d'une relation organique entre notre politique de santé et notre vision de la politique étrangère. (...) Autrement dit, dans cette nouvelle ère, les éléments de pouvoir doux ont acquis une importance sans précédent dans les relations internationales. (...) Dans ce cadre, nous attachons de l'importance au concept de « tourisme de santé » tant pour ses bénéfices commerciaux que pour la promotion de la Turquie. Nous souhaitons renvoyer chaque touriste venant en Turquie en tant qu'ambassadeur volontaire de notre pays. Nous n'avons aucun doute que les touristes de santé traités en Turquie seront les ambassadeurs les plus expérimentés et efficaces lorsqu'ils retourneront chez eux. (...) ³²³

Par ailleurs, les gouvernements utilisent fréquemment leur infrastructure médicale comme un outil de politique étrangère, un phénomène désigné sous le terme de « diplomatie sanitaire ». Selon la Direction de la communication de la présidence turque, ce concept est une composante du soft power, englobant l'organisation et la gestion du secteur de la santé à l'international. La diplomatie sanitaire fait le lien entre

³²² Gökhan YILMAZ, Ayten Turan KURTARAN et Buğra YÜCESAN, Sağlık turizmi potansiyelinin incelenmesi: Trabzon ili, *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, (22), 2019, pp. 277-278.

³²³ Ömer ÇAKKAL, Dışişleri Bakanı Ahmet Davutoğlu: Kendi vatandaşının sağlık sorunlarını çözemeyen bir devlet, dünyada da çözümün parçası olamaz, *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*, (11), Haziran 2013, pp. 12-15.

l'aide sanitaire internationale, motivée par des considérations humanitaires et de santé publique, et les relations politiques internationales.³²⁴

Toujours dans cette interview, le ministre Davutoğlu expliquait que la diplomatie publique, clé en politique étrangère, visait à gérer l'évolution de la perception globale de la Turquie. Il précisait que la Turquie adoptait une stratégie avancée, intégrant le secteur de la santé auquel elle attribuait une part importante du budget. Concernant la candidature d'Izmir pour l'Exposition Universelle de 2020 (EXPO2020), il soulignait que la Turquie menait une campagne alliant santé et diplomatie avec toutes ses missions à l'étranger. Il ajoutait que le secteur de la santé, devenu un moteur majeur d'attraction, continuerait à jouer un rôle clé dans la politique étrangère turque pour finalement souligner l'importance de la diplomatie sanitaire et des aides médicales de la Turquie à travers les propos suivant :

(...) Parallèlement, le sujet de la coopération dans le domaine de la santé a également commencé à occuper une place plus importante dans nos relations bilatérales avec d'autres pays. Dans ce contexte, nous avons déjà conclu 107 accords de coopération dans le domaine de la santé avec 59 pays. Des travaux sont en cours pour signer de nouveaux accords/protocoles avec la Jordanie, le Japon, la Corée du Sud, la Libye, la Malaisie, l'Indonésie, le Kirghizistan, le Bénin, les Maldives, le Togo, le Liban, la Zambie, la Roumanie et Gambie. D'autre part, en vertu des accords de coopération signés avec l'Afghanistan, l'Albanie, la RTCN, l'Azerbaïdjan, le Soudan, le Yémen et le Kosovo, un total de 745 patients de ces pays sont traités en Turquie chaque année. Des accords en préparation avec le Monténégro, la Mauritanie, la Somalie, l'Irak, le Kirghizistan et le Niger permettront également chaque année de fournir des soins gratuits à un certain quota de patients en Turquie. (...) ³²⁵

La diplomatie sanitaire est en effet un outil essentiel pour la coordination des questions de santé mondiales. Elle permet aux pays de se coordonner pour garantir la santé et la sécurité des populations, d'améliorer les relations internationales, et de soutenir les efforts pour réduire la pauvreté et assurer l'équité. Dans un monde en constante évolution, la synergie entre les politiques de santé et les affaires étrangères conduit à des avancées significatives en matière de santé, tout en contribuant au développement, à la paix et aux droits de l'homme.³²⁶

³²⁴ İLETİŞİM BAŞKANLIĞI, **Kamu Diplomasisi Nedir?**, Istanbul : Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı yayınları, 2023, p. 24

³²⁵ Ömer ÇAKKAL, (2013), **op. cit.**

³²⁶ OMS, **Health diplomacy**, OMS | Bureau Régionale de la Méditerranée Orientale, (s.d), consulté le 16 juillet 2024 sur www.emro.who.int/health-topics/health-diplomacy/index.html

Les pratiques liés à la diplomatie sanitaire³²⁷ et aux aides médicales d'État sont souvent confondus avec le tourisme médical et méritent une attention particulière, notamment à travers l'expérience cubaine.³²⁸ Bien qu'approfondir ce sujet en clarifiant les nuances entre ces concepts enrichirait l'analyse, cela dépasse le cadre de l'étude actuelle. Il est donc nécessaire de mener une recherche indépendante spécifiquement axée sur ce sujet.

Pour conclure, il paraît pertinent de terminer par une partie des propos de Davutoğlu qui correspond parfaitement à l'essence de cette étude :

(...) Un État qui ne peut pas répondre aux demandes de ses propres citoyens et résoudre leurs problèmes ne peut pas non plus être une partie de la solution aux problèmes globaux dans le monde. Lorsque nous entreprenons une restauration dans tous les domaines au niveau national, en réparant et redéfinissant les relations entre l'État et la nation, l'un des aspects les plus importants de ce processus est sans aucun doute le domaine de la santé. L'un des résultats les plus significatifs de ce processus de réparation intérieure a été de permettre à nos citoyens de sentir qu'ils peuvent compter sur leur État lorsqu'ils sont en difficulté ou malades. (...) ³²⁹

Ces propos soulignant l'importance de prioriser la prestation des soins de santé pour la population présentent une telle subtilité qu'en plus de concerner cette section, ils permettent une réflexion croisée avec le chapitre suivant (section 5.4.) ainsi qu'avec celui d'après (section 6.2.2.).

³²⁷ Efe SEVİN, « Sağlık, İletişim ve Dış Politika: Çin ve Brezilya örnekleri üzerinden Sağlık Diplomasisi » dans **Kamu Diplomasisinde yeni yaklaşımlar ve örnekler** (éd. Gaye Aslı SANCAR), İstanbul : Beta, 2016, pp. 85-108.

³²⁸ Parmi les nombreuses sources disponibles, deux peuvent être citées en exemple : Janice ARGAILLOT, Santé et médecine à Cuba : des piliers vacillants de la révolution ?, **Recherches Internationales**, 118, 2020, pp. 9-22 et Julie FEINSILVER, « Yurtiçinde ve Dışında Küba Sağlık Politikası », dans **Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık**, (éd. Leo PANITCH et Colin LEYS), İstanbul : Yordam Kitap 119, 2011, pp. 237-361.

³²⁹ Ömer ÇAKKAL, (2013), **op. cit.**

5. SANTE EN TURQUIE : REFORMES ET ACCESSIBILITE

Compte tenu de l'impact significatif de la structure et des caractéristiques du système de santé sur l'accessibilité et l'utilisation des services de santé au sein d'un pays, cette section commencera par un examen du système de santé de la Turquie, ainsi qu'une exploration des principales parties prenantes de son secteur médical. Ensuite, les facteurs politiques et économiques influençant la mise en œuvre du Programme de Transformation de la Santé (PTS) seront examinés avant d'exposer une analyse relativement détaillée du PTS. Suite à ces développements, une analyse comparative des principaux indicateurs clés relatifs à l'état des services de santé en Turquie permettra une évaluation plus complète de l'influence du PTS sur l'accessibilité des soins de santé. Enfin, le chapitre se penchera également sur l'expansion du secteur privé des soins de santé et la création d'hôpitaux urbains en tant que modèle de partenariat public-privé (PPP), qui jouent tous deux un rôle crucial dans l'administration du tourisme médical en Turquie.

5.1. Système de santé turc

Afin d'acquérir une compréhension globale de l'offre de soins de santé en Turquie, il est essentiel au préalable d'explorer le système de santé du pays. Divers cadres ont été proposés pour catégoriser les systèmes de santé, tels que ceux établis par Evang³³⁰, Fulcher³³¹ et Starfield³³². Cependant, pour les besoins de cette étude, le modèle de classification conçu par Roemer sera utilisé, car il est largement reconnu dans la littérature.³³³

Après avoir développé des classifications en 1956, 1960 et 1984, Roemer a présenté sa classification finale en 1991, reprise dans son article publié en 1993.³³⁴

³³⁰ Karl EVANG, **Health Services, Society and Medicine**, London : Oxford University Press, 1960.

³³¹ Derick FULCHER, **Medical care systems: public and private Health coverage in selected industrialised countries**, Geneva: ILO. 1974.

³³² Barbara STARFIELD, Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn From One Another, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 17(4), 1992, pp. 613-635.

³³³ A. Erdal SARGUTAN, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 8(1), 2005, pp. 88-105.

³³⁴ Milton Irwin ROEMER, National Health Systems Throughout The World, **Annual Review of Public Health**, (14), 1993, pp. 335-353, DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>

Dans son analyse, Roemer identifie cinq éléments clés pour évaluer les systèmes de santé des pays, à savoir les ressources, l'organisation, le soutien économique, la gestion et les caractéristiques de la prestation de services. En examinant le degré d'intervention de l'État dans les soins de santé, les systèmes de santé de 165 pays en quatre types, allant de l'implication minimale de l'État aux systèmes centralisés. Ces types comprennent les systèmes de libre marché comme aux États-Unis, les systèmes axés sur le mécanisme des assurances sociales, connus sous le nom de « modèle bismarckien », comme en Allemagne, les systèmes inclusifs, appelés « modèle beveridgien », comme au Royaume-Uni, et les systèmes nationalisés ou socialistes comme à Cuba. Roemer subdivise en outre chaque système en sous-groupes en fonction du niveau économique des pays, ce qui donne un total de 16 catégories distinctes.³³⁵

Ces modèles ne sont pas toujours strictement distincts et certains pays peuvent avoir des systèmes de santé hybrides, combinant des éléments de plusieurs modèles. Les circonstances socio-économiques d'un pays peuvent également conduire à des changements dans son modèle de système de santé.³³⁶ Par exemple, le système de santé chinois, auparavant qualifié de système socialiste par Roemer, a connu des changements importants à partir des années 1990. À mesure que la Chine évoluait vers une économie plus capitaliste, son système de santé a également évolué rapidement. La notion de santé en tant que droit public a été remplacée par une approche orientée vers le marché, et les politiques de décentralisation ont conduit à la fragmentation des services, renforçant finalement le secteur privé.³³⁷

Bien que la situation chinoise puisse être considérée comme exceptionnelle, le passage entre les systèmes bismarckien et beveridgien est plus plausible en raison de la perméabilité des frontières entre ces deux systèmes.³³⁸ En effet, le fait que les deux modèles privilégient la couverture universelle et n'optent pas pour un financement basé

³³⁵ Ayhan GÖRMÜŞ, *Sağlık sisteminde dönüşüm ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri*, Ankara : Siyasal Kitabevi, 2013, pp. 33-34.

³³⁶ Melanie BOURQUE et Jean-Simon FARRAH, Roemer 20 Years Later: When a Classical Health-System Typology Meets Market-Oriented Reforms, *Governance Review*, 9(1), 2012, DOI: <https://doi.org/10.7202/1038889ar>

³³⁷ Mehmet ZENCİR, Çin sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinde dönüşüm | Sosyalist sağlık sisteminden özelleşmiş sağlık sistemine, *Toplum ve Hekim*, 22(3), Mayıs - Haziran 2007, pp. 198-225.

³³⁸ İlker BELEK, *Sağlığın politik ekonomisi | Sosyal devletin çöküşü*, Yazılama Yayınevi, 2016, pp. 182-184.

sur l'évaluation des risques leur confère une certaine proximité systémique. En conséquence, le système de protection sociale des pays ayant adopté l'un des deux systèmes peuvent se voir orienter vers l'autre modèle en fonction de leurs circonstances spécifiques.³³⁹

Ainsi, le système de santé turc actuel combine des éléments des modèles beveridgien et bismarckien, créant un système hybride unique. Comme le modèle beveridgien, il vise un accès universel aux soins, tandis que le financement par cotisations sociales reflète certains aspects du modèle bismarckien. La principale raison de cette hybridation pourrait être attribuée aux nombreuses réformes mises en œuvre au fil des ans. Ces réformes continuent d'évoluer en réponse aux défis économiques, aux besoins sociétaux et aux exigences politiques. Cette approche a conduit à la conception d'un système de santé qui répond aux besoins spécifiques du pays, tout en intégrant des stratégies et des pratiques réussies, comme celles du système de santé français.³⁴⁰ L'imbrication des différents aspects des divers systèmes est si atypique qu'il a conduit à des suggestions dans la littérature pour le catégoriser comme un modèle *sui generis* et de proposer de qualifier le système en place comme « modèle de Turquie ».³⁴¹

Comprendre les rôles et les responsabilités des différentes parties prenantes est également crucial pour avoir un aperçu du fonctionnement global du système de santé en Turquie. Le ministère de la Santé, comme le stipule l'article 56 de la Constitution, détient le mandat légal de superviser la fourniture des services de santé. Cet organe directeur central joue un rôle central dans l'établissement et l'application des politiques de santé, dans le contrôle du respect des normes de santé et dans l'amélioration de la qualité globale des services de santé à l'échelle nationale.

Le paysage des soins de santé en Turquie est diversifié, avec un large éventail de prestataires proposant différents types de soins et de traitements. Les hôpitaux publics restent les principaux prestataires de services de santé, notamment avec

³³⁹ Gérard DE POUVOURVILLE, « L'assurance maladie en France: Beveridge et Bismarck enfin reconciliés? », *Réalités Industrielles (série des « Annales des Mines »)*, (4), 2011, pp. 19-24.

³⁴⁰ Ayşe BUĞRA, *Kapitalizm, Yoksulluk ve Sosyal Politika*, Istanbul : İletişim Yayınları, 2008, p. 162.

³⁴¹ Gözde YILMAZ, *Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi*, Istanbul : Kriter Yayınevi, 2017, pp. 39-43.

l'émergence des hôpitaux urbains (cf. section 5.6.). Cependant, les hôpitaux privés jouent un rôle de plus en plus important dans la fourniture de soins personnalisés et de haute qualité (cf. section 5.5.) Quant aux hôpitaux universitaires, ils fournissent non seulement des services de santé, mais contribuent également à la recherche et à la formation médicale, stimulant ainsi l'innovation dans les pratiques médicales. Enfin, les cliniques et centres spécialisés, tels que les centres de greffe de cheveux et les cliniques dentaires, offrent des services médicaux spécialisés et attirent des patients internationaux pour des traitements spécifiques, contribuant ainsi à la croissance du tourisme médical en Turquie.

Au sein du secteur de la santé, de nombreuses organisations jouent un rôle crucial dans la défense des intérêts des diverses parties prenantes. Cependant, dans le cadre de cette étude, une attention particulière est accordée à deux associations méritant d'être soulignées. La première est l'Association des hôpitaux et des établissements de santé privés (OHSAD), qui sert de porte-parole aux établissements de santé privés, œuvrant pour protéger leurs intérêts et faciliter la communication avec le gouvernement. La seconde est l'Union des médecins turcs (TTB), une organisation professionnelle qui représente les médecins en Turquie, garantissant le respect de leurs droits et promouvant l'excellence des soins médicaux.

Pour une compréhension exhaustive du système de santé en Turquie, il est également crucial de maîtriser les services du ministère de la Santé, tels que la Direction Générale des Hôpitaux Publics (KGHM), la Direction Générale des Services de Santé (SHGM) et la Direction Générale de la Santé Publique (HSGM). La participation des syndicats dans l'élaboration des politiques de santé doit aussi être prise en compte. En outre, lors de l'examen de l'impact du tourisme médical, il est important de reconnaître les contributions des différents ministères et agences, notamment ceux liés au tourisme, au commerce et aux affaires étrangères, ainsi que le rôle important joué par l'USHAŞ, comme décrit à la section 4.2.4.

5.2. Contexte politico-économique du PTS

Une compréhension approfondie du contexte historique et des forces motrices derrière l'élan en faveur de la libéralisation économique est essentielle afin d'avoir un

aperçu complet des tendances actuelles de la politique de santé de la Turquie. Cette section cherche donc à proposer une analyse contextuelle de ce sujet.

Une analyse approfondie de l'histoire du système de santé turc en commençant par explorer les politiques de santé mises en place depuis la création de la République jusqu'à nos jours, qui comprend des périodes clés telles que l'ère de création et de consolidation sous Refik Saydam (1920-1938), la période d'institutionnalisation et de changement politique avec le Parti démocrate (1938-1960), l'ère de socialisation et de planification des services de santé (1960-1980), et la période néolibérale et réformatrice (1980-2002) pourrait offrir un cadre plus large et approfondi pour l'histoire du système de santé turc. Toutefois, par souci de brièveté, l'accent sera mis principalement sur cette période. Ensuite, l'examen détaillé de l'impact des politiques de santé mises en œuvre à partir de 2003 permettra de mieux comprendre l'importance du PTS dans la mise en œuvre de la politique de santé.

L'ère de socialisation et de planification visée principalement à garantir l'accès aux soins préventifs et curatifs pour toute la population, indépendamment du revenu, de l'emploi, de la région, de l'ethnicité ou des distinctions entre milieu rural et urbain. Toutefois, en raison de divers facteurs, notamment l'émergence parallèle d'un système corporatiste inégal, cette initiative de socialisation n'a pas réussi à se consolider comme un système de santé universel en Turquie.³⁴²

Confrontés à une grave crise de balance des paiements exacerbée par les chocs pétroliers de 1973, de nombreux pays en développement se sont retrouvés pris dans une spirale économique infernale qui a atteint son paroxysme avec la crise de la dette. Entre 1977 et 1984, la dette extérieure des pays émergents hors OPEP a explosé, passant de 278 à 810 milliards USD.³⁴³

Si la Turquie n'a pas échappé à cette malédiction, elle a eu la particularité d'anticiper les mesures nécessaires deux ans avant le Mexique, mais légèrement après la Corée du Sud et Singapour. En effet, le 24 janvier 1980, une nouvelle politique

³⁴² Asena GÜNAL, **Health and citizenship in Republican Turkey: An analysis of the socialization of health services in Republican historical context**, thèse de doctorat, Boğaziçi Üniversitesi, 2008, p. iv.

³⁴³ Marie-France BAUD-BABIC, « Crise de la dette des P.V.D. » dans **Encyclopaedia Universalis**, (s.d.), consultée le 24 août 2023 sur ; www.universalis.fr/encyclopedie/crise-de-la-dette-des-p-v-d

économique intitulée « Programme de Stabilité Économique (PSE) » a été annoncée, mettant en place des mesures d'assainissement budgétaire et une stratégie de développement axée sur l'essor des exportations, changeant radicalement le modèle de développement du pays. Avec la mise en œuvre du PSE, la Turquie est passée d'une économie mixte planifiée à une économie de marché plus libéralisée favorisant la libéralisation sous le contrôle des grands capitaux multinationaux. Cette évolution vers une intégration internationale, ainsi que l'acceptation des programmes d'ajustement structurel de la Banque mondiale, ont positionné la Turquie comme l'un des premiers pays à s'aligner sur le Consensus de Washington.³⁴⁴

Cette politique de développement libérale et extravertie se caractérise par la libéralisation des marchés pour réduire le protectionnisme et par un accent mis sur la promotion des exportations. Ce changement vers un paradigme de « moins d'État » et une approche plus ouverte aux échanges extérieurs marque une rupture avec les politiques introverties précédentes. L'instauration du régime militaire a également fourni un terrain propice à la mise en œuvre de cette politique d'austérité amère.³⁴⁵ Ainsi, les orientations libérales mises en œuvre en 1980 ont réussi à s'enraciner, s'étendant même à la sphère financière le 11 août 1989 avec la convertibilité totale de la livre turque.³⁴⁶

Si ce changement d'orientation a marqué une nouvelle ère d'ouverture, il a néanmoins entraîné une diminution de l'autonomie des politiques économiques. Désormais, celles-ci étaient mises en œuvre non plus de manière indépendante, mais sous l'influence des institutions internationales telles que le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale. Depuis les rapports rédigés par les experts américains dans le cadre du plan Marshall, les mesures suggérées par ces institutions internationales ont en commun de promouvoir une régulation libérale. C'est dans ce contexte qu'il faut situer la transformation du système de santé en Turquie. En effet, les organisations internationales, ainsi que les influents cabinets de conseil, ont

³⁴⁴ Nazan SAVAŞ, Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi; Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Örneği, **ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi**, 5(1), 2020, p. 145.

³⁴⁵ Deniz AKAGÜL, « Économie turque depuis l'avènement de la République : performances ou contre-performances ? (Chapitre XIV) » dans **La Turquie** (dir. Semih VANER), Fayard, 2005, pp. 433-463.

³⁴⁶ Gülten KAZGAN, **Tanzimat'tan 21. Yüzyıla Türkiye Ekonomisi: Birinci Küreselleşmeden ikinci Küreselleşmeye**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 3^{ème} édition, 2006, pp. 153-155.

considérablement influencé la prise de décision des gouvernements turcs, déjà enclins à restructurer le système de santé du pays.³⁴⁷

Le premier exemple pertinent à cet égard est l'étude intitulée « *Financement des services de santé dans les pays en développement : Un programme de réformes* », rédigée par la Banque mondiale en 1986. Le principal argument avancé dans ce rapport est qu'il existe une crise dans le secteur de la santé qui ne peut être résolue qu'à travers des réformes. Le rapport souligne l'importance du rôle continu de l'État dans la fourniture des services de santé, malgré l'implication croissante des acteurs non étatiques. Il préconise de donner aux autorités locales un plus grand contrôle sur la budgétisation et la planification afin d'améliorer l'efficacité des services de santé.³⁴⁸

Il est impératif de souligner que le processus de libéralisation n'est pas uniquement déterminé par les organisations internationales. La volonté nationale de réforme, ainsi que l'alignement entre les normes nationales et internationales, sont des facteurs tout aussi cruciaux. Dans cette optique, un rapport sur la réforme des soins de santé a été lancé en Turquie à peu près à la même époque. Inspiré par le thatchérisme, le Premier ministre Turgut Özal a chargé l'OPE d'examiner la politique de santé. En conséquence, le « *Rapport d'étude sur l'état actuel du plan directeur du secteur de la santé* » a été rédigé avec le soutien de PricewaterhouseCoopers.³⁴⁹

Un autre document pertinent à mentionner est le rapport de la Banque mondiale de 2003 intitulé « *Réformer le secteur de la santé en Turquie pour améliorer l'accès et l'efficacité* ».³⁵⁰ Ce rapport préconise une réorganisation des hôpitaux publics afin de leur accorder une plus grande autonomie administrative et financière dans la production des services de santé, dans le but d'accroître leur efficacité. Les recommandations de ce rapport ont servi de base pour l'élaboration du « Plan d'action d'urgence » de l'AKP, ainsi que pour la mise en œuvre ultérieure du PTS.³⁵¹

³⁴⁷ Barış ÖVGÜN et Pınar BERK, Şehir Hastaneleri Reformunun Uluslararası Boyutu, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(69), 2020, pp. 1269-1272, <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2020.3932>

³⁴⁸ John AKIN, Nancy BIRDSALL et David FERRANTI, *Financing Health Services in Developing Countries | An Agenda For Reform*, A World Bank policy study, Report no 6563, Washington DC : The World Bank, 1987, pp. 43-44.

³⁴⁹ Barış ÖVGÜN et Pınar BERK, *op. cit.*, 1271.

³⁵⁰ THE WORLD BANK, *Turkey | Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (In Two Volumes), Volume II: Background Papers*, Report n° 24358-TU, Washington : The World Bank, 2003.

³⁵¹ Nazan SAVAŞ, *op. cit.*, 149.

Enfin, le rapport « *Construire et au-delà de la (r)évolution des soins de santé PPP* » de PricewaterhouseCoopers, publié en décembre 2011, a joué un rôle crucial dans l'élaboration de la politique de santé de la Turquie, en particulier dans la création d'hôpitaux urbains (cf. section 5.6.). S'appuyant sur les « best practices » mondiales telles que l'hôpital universitaire New Karolinska Solna (Suède), l'hôpital universitaire et de soins primaires Alzira (Espagne), le Campus de santé de Joondalup (Australie), l'hôpital Albert Luthuli (Afrique du Sud), l'hôpital national de référence (Lesotho), ainsi que les centres de protonthérapie (États-Unis, Italie, Allemagne, France, Corée, Chine et Australie), ce rapport a promu le partenariat public-privé comme une révolution pour finalement recommander que l'organisation des services de santé se fasse selon ce modèle de partenariat.³⁵²

5.3. Programme de transformation de la santé (PTS)

Sous la gouvernance de l'AKP arrivé au pouvoir en 2002, la Turquie a placé la réforme de la santé au premier plan de ses priorités. Le lancement du PTS en 2003 a marqué le début des efforts pour surmonter les défis socio-économiques et structurels du milieu médical, notamment le manque de couverture pour environ un tiers de la population à travers un système de sécurité sociale disparate, ainsi que des disparités dans l'accès aux services de santé entre différents régimes de sécurité sociale. L'AKP a principalement souligné l'importance de la réforme de la santé en raison de son impact sur la politique intérieure et sa rhétorique populiste.³⁵³

Comme mentionné précédemment, le PTS ne tire pas seulement ses influences du contexte national. Des programmes similaires ont également été mis en œuvre dans de nombreux pays, de l'Europe de l'Est à l'Afrique, et de l'Amérique latine à l'Asie, à la même époque. Dans l'élaboration de ces politiques, des organisations internationales telles que la Banque mondiale, le FMI et l'OMS ont joué un rôle crucial, tant dans la fourniture d'informations que dans le financement.³⁵⁴

³⁵² PRICEWATERHOUSE COOPERS, **Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs**, PwC Health Research Institute, 2011.

³⁵³ Ayşecan KARTAL, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın iki yorumu: Halka karşı elitler mi? Halk sağlığını savunan doktorlar mı?, **The Turkish Online Journal of Design Art and Communication**, 11 (2), 2021, pp. 380-382.

³⁵⁴ Çağlar KEYDER, « Giriş » dans **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları | Reformlar, sorunlar, tartışmalar** (éd. Çağlar KEYDER et al.), İstanbul : İletişim Yayınları, 2007, p. 22.

Le PTS a introduit plusieurs changements significatifs dès ses débuts, notamment l'incorporation de la médecine familiale en 2004, suivie par l'établissement d'un régime d'assurance maladie universel par la loi 5502 en 2006, qui a consolidé divers systèmes d'assurance sous l'égide du SGK. Les réformes ultérieures, telles que les décrets-lois 663 (2011) et 694 (2017), ont restructuré les hôpitaux publics en centralisant la gestion au niveau provincial et en établissant des institutions autonomes. De plus, en 2011, le rôle du ministère de la Santé dans la réglementation et la supervision des services de santé a été renforcé pour améliorer le suivi et la qualité des soins, puis réorganisé en 2017 pour s'aligner sur le nouveau système de gouvernance présidentielle.³⁵⁵

A cet égard, il est important de reconnaître que même si le PTS a été introduit sous le gouvernement de l'AKP, il ne constitue pas une rupture avec la politique de santé existante de la Turquie, mais plutôt une continuation des stratégies néolibérales mises en œuvre dans le secteur de la santé. En effet, avant le PTS, il y avait eu des tentatives antérieures de réforme du système de santé en Turquie, bien qu'elles aient été limitées dans leur portée et leur succès. Ces initiatives comprenaient des discussions sur la couverture universelle dans le 45^{ème} programme gouvernemental (1983-1987), sur l'introduction de la médecine familiale dans le 47^{ème} programme gouvernemental (1989-1991) et la proposition d'un système général d'assurance maladie dans le 50^{ème} programme gouvernemental (1993-1995). Ces efforts de réforme se sont également reflétés dans les plans quinquennaux de développement, la couverture universelle étant mentionnée pour la première fois dans le VII^{ème} Plan quinquennal de développement (1996-2000) et le système général d'assurance maladie étant inclus dans le V^{ème} Plan quinquennal de développement (1985-1989).³⁵⁶

Tout comme la stabilité politique instaurée par le régime militaire en 1980 avait facilité la mise en œuvre du PSE, l'accession au pouvoir de l'AKP sans nécessité de coalition, grâce à sa force politique solide, lui a aussi permis de mettre en place le PTS. Cela a été particulièrement évident lors du transfert des hôpitaux appartenant aux

³⁵⁵ Nurşen AYDIN, Historical Perspective on the Health Transformation in Turkey, **Sağlık Bilimlerinde Değer**, 12(1), 2022, pp. 188-193, DOI: <https://dx.doi.org/10.33631/sabd.1055675>

³⁵⁶ Selin ERTÜRK ATABEY, **Sağlık Sistemleri ve sağlık Politikası**, Ankara : Gazi Kitabevi, 2018, pp. 141-142.

diverses caisses de sécurité sociale qui avait suscité de vives inquiétudes parmi les parties prenantes.³⁵⁷

La base juridique de l'élaboration du PTS trouve principalement son source dans la Loi fondamentale des services de santé promulguée en 1987. Cette loi stipulait que l'État devait traiter de manière équitable les établissements de santé publics et privés, considérer les établissements de santé publics comme des entités commerciales, et envisager de placer le personnel de santé sous un statut contractuel.³⁵⁸ Cependant, il est crucial de rappeler que la mise en œuvre du PTS a été facilitée non seulement par cette accumulation d'expérience, mais aussi par une combinaison de facteurs politiques, économiques, sociaux et internationaux tels que la stabilité politique interne durable, des conditions économiques favorables, ainsi que le soutien des acteurs internationaux.

Les principaux objectifs du PTS étaient de contenir les dépenses croissantes de santé et d'améliorer l'efficacité opérationnelle, tout en assurant la disponibilité continue des services de santé. Ainsi, la réforme visait à rationaliser l'accès aux services de santé tout en réduisant les coûts pour soutenir l'économie nationale. Les éléments de réforme du PTS présentent des similitudes avec les composantes de la réforme mondiale de la santé, incluant la restructuration des systèmes de sécurité sociale, la délimitation des prestations de services et du financement, la promotion de la participation des institutions et acteurs non étatiques, l'utilisation de mécanismes basés sur le marché, ainsi que la mise en place d'un cadre de gestion décentralisé.³⁵⁹

La plupart des sources indiquent que depuis son lancement, le PTS a considérablement amélioré les indicateurs de santé en Turquie, augmentant l'espérance de vie et réduisant la mortalité infantile, tout en renforçant la capacité du système de

³⁵⁷ Ayşecan KARTAL, **Debating Turkish health reform**, thèse de doctorat, Boğaziçi Üniversitesi, 2019, pp. 233-241 et PETROL-İŞ, **Bildiriler (2002-2004) | SSK hastaneleri, işçilerin primleriyle kurulmuş özel mülkiyettir**, Istanbul Petrol-İş, 2005, pp. 287-289, consulté le 03 juillet 2024 sur : www.petrol-is.org.tr/sites/default/files/petrol_is_vi.pdf

³⁵⁸ Filiz KARTAL, **Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye'de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm, Amme İdaresi Dergisi**, 42(2), juin 2009, pp. 36-39.

³⁵⁹ Tuba AĞARTAN, « Sağlıkta Reform Salgını » dans **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları | Reformlar, sorunlar, tartışmalar** (éd. Çağlar KEYDER et al.), Istanbul : İletişim Yayınları, Istanbul, 2007, p.47, cité par Ayşecan KARTAL, **op.cit.**

santé à répondre aux besoins croissants de la population.³⁶⁰ Cependant, il existe également des opinions divergentes soulignant que le processus de réforme est caractérisé par deux tendances simultanées. D'une part, il y a une tendance universaliste visant à rendre les services de santé équitables et accessibles à tous les citoyens. D'autre part, il y a une tendance à la marchandisation, marquée par des mesures qui modifient le rôle de l'État dans le domaine de la santé.³⁶¹

D'autres études interprètent cette dualité différemment, soulignant que bien que la réforme corrige les inégalités de l'ancien système, elle en crée de nouvelles.³⁶² Quoiqu'il en soit, il est clair que la Turquie doit persévérer dans ses efforts pour améliorer l'offre médicale du pays afin de pouvoir s'aligner à la performance de la moyenne de l'OCDE. Comme le montre la section suivante, la Turquie accuse un net retard pour la plupart des indicateurs de santé.

5.4. Données de base comparatif

Dans cette section, l'état actuel des services de santé en Turquie est examiné à travers divers indicateurs tels que les dépenses de santé, leur part dans le PIB, l'effectif du personnel de santé, ainsi que la comparaison des indicateurs de santé ayant un impact sur la prestation et les résultats des services de santé par rapport à d'autres pays. Cet examen offre un aperçu de l'état de santé de la Turquie après la mise en œuvre du PTS et fournit des données utiles pour le chapitre suivant. Parmi la pléthore de données disponibles, les indicateurs ont été sélectionnés en fonction de leur pertinence et de leur utilité pour évaluer l'impact du tourisme médical sur l'offre de services de santé.

De plus, un tableau détaillé est présenté en Annexe 5 pour permettre une comparaison approfondie, tandis que le tableau 5.1 résume succinctement les données pertinentes directement liées au sujet.

³⁶⁰ Pour n'en citer que quelques-uns parmi tant d'autres : Hasan Hüseyin YILDIRIM, Sağlık ve siyaset yazıları, Ankara : ABSAM, 2016 ; Gözde YILMAZ, Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi, İstanbul : Kriter Yayınevi, 2017 ; Ali Ramazan BENLİ, Türkiye'nin Modern Yüzü: Şehir Hastaneleri, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü**, Sayı 55, Haziran 2020, pp. 90-92.

³⁶¹ Ayşecan KARTAL, (2021), **op. cit.**, 380-381.

³⁶² Volkan YILMAZ, Changing origins of inequalities in access to health care services in Turkey: From occupational status to Income, **New Perspectives on Turkey**, (48), 2013, pp. 55-77, cité par Ayşecan KARTAL, (2021) **op. cit.**, 380.

Tableau 5.1 : Indicateurs de santé Turquie vs OCDE

<i>(2022, à défaut, année la plus proche)</i>	Population satisfaite de l'accès à des services de santé de qualité <i>(% population)</i>	Dépenses couvertes par les régimes à prépaiement obligatoire <i>(% des dépenses totales)</i>	Population déclarant avoir des besoins médicaux non satisfaits <i>(% population)</i>	Indicateur clé de santé globale		
				Espérance de vie <i>(Années de vie)</i>	Mortalité évitable <i>(Décès pour 100.000 habitants)</i>	Mortalité infantile <i>(Décès avant l'âge d'un an pour 1.000 naissances vivantes)</i>
OCDE	66.8	75.9	2.3	80.3	237	4.0
Turquie	53	78.8	2.4	78.6	233	9.1
	Médecins en exercice (pour 1.000 habitants)	Infirmières en exercice (Pour 1.000 habitants)	Lits d'hôpital (Pour 1.000 habitants)	Dépenses de santé		
				<i>par habitant USD (PPA)</i>	<i>% du PIB</i>	
OCDE	3.7	9.2	4.3	4.986	9,2	
Turquie	2.2	2.8	3.0	1.827	4.3	

Source : OCDE, **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**, Paris : OECD Publishing, 2023, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

L'une des principales réussites du PTS est souvent saluée pour la mise en place de l'assurance maladie universelle. Effectivement, aujourd'hui, le prépaiement obligatoire en Turquie couvre 78,8 % des dépenses, dépassant ainsi la moyenne de l'OCDE qui est de 75,9 %. Cependant, cette avancée n'a pas été généralisée à tous les aspects du système de santé, et la Turquie continue d'afficher des résultats inférieurs à la moyenne de l'OCDE dans la plupart des indicateurs de santé. Cela inclut la satisfaction des patients, les dépenses de santé par habitant, le ratio médecins/infirmières par habitant, ainsi que le nombre de lits d'hôpitaux. Ce bilan affecte inévitablement la prestation des services de santé, entraînant des répercussions significatives sur la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour sa population.

Ainsi, comparé à la moyenne de l'OCDE (66,8 %), la satisfaction de la population concernant la disponibilité de soins de santé de qualité en Turquie (53 %) est significativement plus basse. Les raisons de ces résultats peuvent être attribuées au sous-financement des services de santé, à une répartition inégale des ressources, à des inefficacités systémiques ainsi qu'à des défis dans la formation et la rétention des professionnels de la santé. Ces aspects seront explorés à travers les indicateurs clés de santé.

Avec des dépenses de santé par habitant de 1.827 USD, la Turquie dépense beaucoup moins que la moyenne de l'OCDE qui est de 4.986 USD. De même,

proportionnellement au PIB, la Turquie consacre seulement 4,3 % à la santé, ce qui est nettement inférieur à la moyenne de l'OCDE qui atteint 9,2 %.

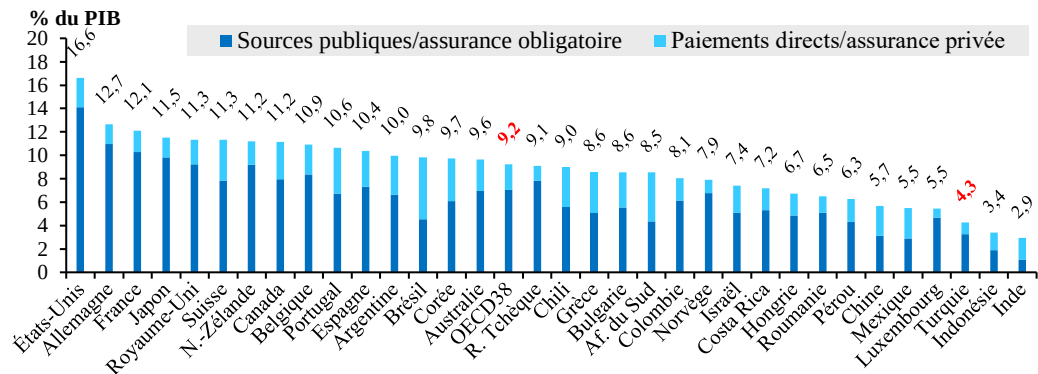


Figure 5.1: Dépenses de santé en % du PIB (2022)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 155, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Le financement limité des soins de santé en Turquie pourrait potentiellement entraver la capacité du système à répondre à la demande croissante. Cependant, pour une analyse plus juste, il est judicieux d'ajuster ces statistiques pour refléter les fluctuations des prix des produits et services de santé, afin d'avoir la quantité nette de soins utilisé par les individus. En décomposant les dépenses de santé selon ces deux composantes, la comparaison de la quantité des biens et services de santé fournis par chaque pays sera plus pertinente.

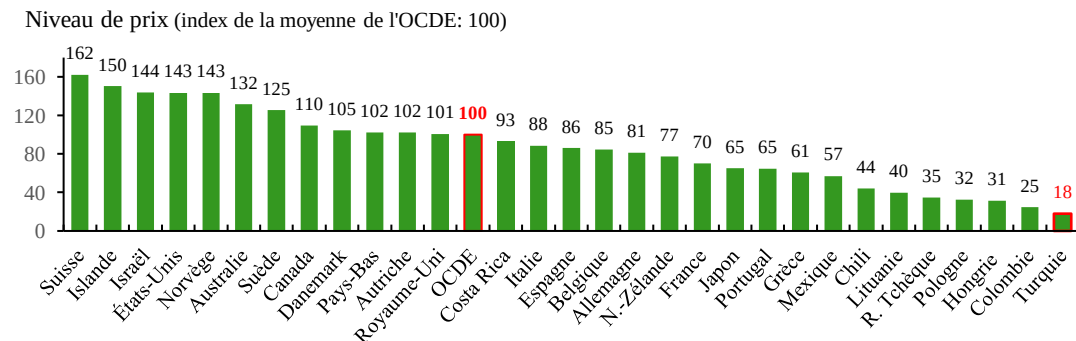


Figure 5.2 : Niveaux de prix des soins (2021)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 159, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Cependant, même après ajustement des prix, la Turquie reste parmi les pays affichant l'un des plus faibles volumes de soins de santé. Elle se positionne en

quatrième place en partant de la fin, juste après Israël, mais devant des pays tels que la Colombie, le Mexique et le Costa Rica.

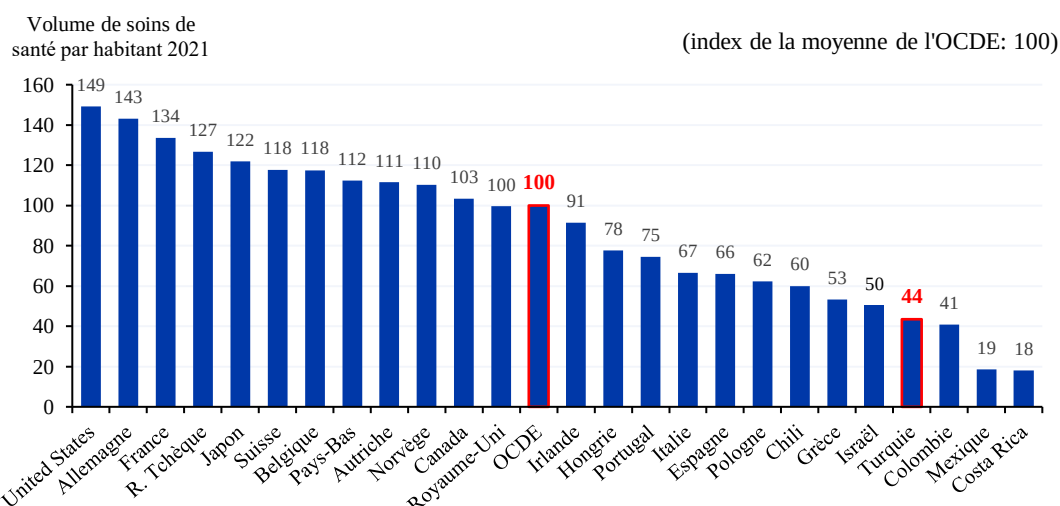


Figure 5.3 : Volumes de soins par habitant (2021)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 159, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Cette insistance à se situer au bas de l'échelon pourrait être attribuée au recrutement limité du personnel médical, dans la mesure où les salaires des professionnels de la santé représentent une part importante du budget du ministère de la Santé. À la lumière de ce constat, il n'est pas surprenant que la Turquie compte moins de médecins (2,2 pour 1.000 habitants) par rapport à la moyenne de l'OCDE (3,7), et encore moins d'infirmières (2,8 pour 1.000 habitants) par rapport à la moyenne de l'OCDE (9,2), bien que le ministère de la Santé soit le second plus important employeur public, juste derrière le ministère de l'Éducation.³⁶³

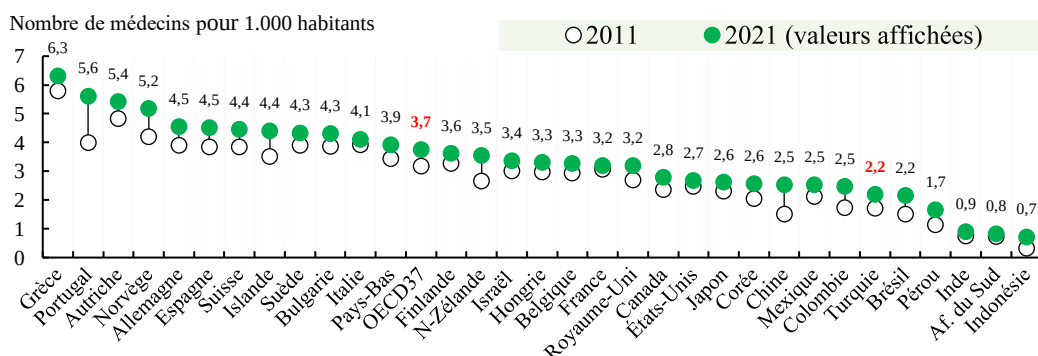


Figure 5.4 : Médecins en exercice pour 1.000 habitants (2011 et 2021)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 177, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

³⁶³ Sinan ACAR, *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm, güvencesiz çalışma ve beyaz yakalılar*, Dora, 2020, p.165.

Même si le nombre de médecins pour 1.000 habitants en Turquie est passé de 1,7 à 2,2 entre 2011 et 2021, il demeure inférieur à la moyenne de l'OCDE, ce qui impact inévitablement la charge de travail des professionnels de santé. Cette situation peut potentiellement conduire à des niveaux de stress plus élevés, une fatigue accrue, des erreurs médicales et un épuisement professionnel, affectant ainsi la qualité des soins prodigués aux patients. La situation est encore plus préoccupante pour la Turquie lorsque l'on considère le nombre estimé de consultations en personne par médecin, qui s'élève à 9,8 consultations par personne et par an, alors que la moyenne de l'OCDE est de 6 consultations annuelles. En croisant ces chiffres avec le nombre de médecins, il est évident que la charge de travail du personnel médical est très élevée en Turquie, avec 3.667 consultations annuelles par médecin.

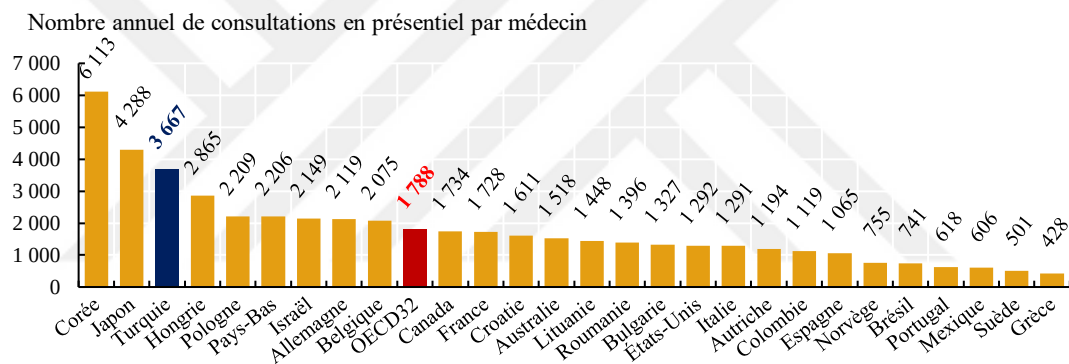


Figure 5.5 : Estimation du nombre des consultations par médecin (2021)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 109, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Avec la mise en œuvre du PTS, le nombre de visites hospitalières a considérablement augmenté. En 2002, les hôpitaux du ministère de la Santé ont enregistré 110 millions de visites, soit 1,58 visite par personne. Ce chiffre est monté à 340 millions en 2016, équivalant à 4,3 visites par personne. Les visites dans les hôpitaux privés ont connu une hausse encore plus marquée, passant de 5,6 millions en 2002 à 71 millions en 2016.³⁶⁴

L'augmentation du nombre de consultations médicales par personne peut effectivement être un indicateur positif, signalant une croissance de l'accès aux soins de santé pour la population. Cependant, il est crucial de s'assurer que cette

³⁶⁴ Ayşecan KARTAL, (2019) *op. cit.*, 305.

augmentation ne conduit pas à une surcharge qui compromettrait la qualité des soins. Ces données pourraient expliquer en partie pourquoi la Turquie affiche l'une des plus faibles performances en termes de satisfaction de la population concernant la disponibilité de soins de santé de qualité (53 %), comparée à une moyenne de 67 % pour les pays de l'OCDE.

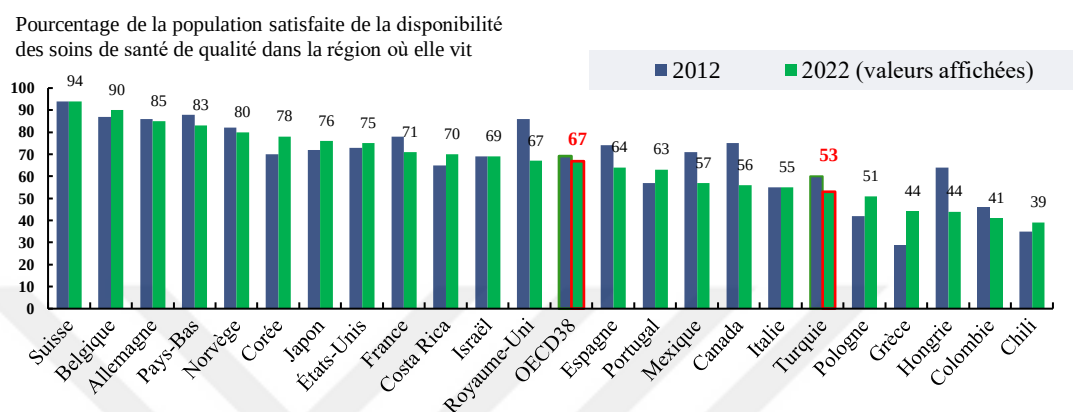


Figure 5.6 : Satisfaction des soins de santé par pays (2012 et 2022)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 101, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Malgré les investissements continus dans les infrastructures et les technologies de santé visant à répondre à la demande croissante et à maintenir des standards élevés de soins, la Turquie fait partie des pays où la satisfaction de la population a diminué par rapport à 2012, lorsqu'elle était de 60 %.

Tableau 5.2 : Indicateurs de santé en Turquie (2002-2022)

	Dépense totale de santé Million USD	Dépenses de santé courantes (% du PIB)	Nombre de lits qualifiés ^a	Nombre de lits de soins intensifs	Nombre d'opérations chirurgicales	Nombre d'appareil médical dans les hôpitaux ^c						
						TDM	MG	US	DPLR	HD	EKO	IRM
2002	238.145	5,1	18.934	2.214	1.598.362	323	647 ^b	1.005	681	4.891	259	58
2018	797.728	4,1	139.403	38.098	5.201.738	1.211	966	5.846	5.557	17.322	2.520	915
2019	760.359	4,4	147.655	39.955	5.223.815	1.213	961	6.098	6.383	17.759	2.714	902
2020	717.141	4,6	159.765	47.700	3.722.218	1.248	982	6.080	6.538	18.116	2.823	939
2021	807.924	4,6	163.993	48.753	4.704.094	1.271	964	6.276	6.828	18.550	2.850	960
2022	905.814	3,7	172.663	48.807	5.773.049	1.331	973	6.255	7.597	18.736	3.035	973

^a Lit qualifié : Les lits dans les chambres qui offrent des conditions avec une ou deux places, avec toilettes et douche.
^b Donnée pour l'année 2008.
^c Il s'agit des appareils médicaux présents dans les hôpitaux, sont exclus ceux dans les cliniques et centre médicaux.
Source : Élaboré par l'auteur à partir des données du ministère de la Santé de la Turquie, *Sağlık İstatistikleri Yılı 2022 [Annuaire des statistiques de santé 2022]*, Ankara : Ministère de la Santé, 2022.

Ce fait revêt une importance particulière pour cette recherche, puisque c'est autour de l'année 2012 que le tourisme médical s'est intensifié en Turquie. Toutefois,

il est essentiel d'éviter les conclusions hâtives en raison de l'absence de preuve tangible établissant un lien de cause à effet entre ces deux évolutions.

Il peut paraître tout de même surprenant que malgré la relative faiblesse de la satisfaction de la population concernant la disponibilité des soins de santé de qualité, le pourcentage de la population turque signalant des besoins non satisfaits en matière de soins médicaux (2,4 %) soit assez proche de la moyenne de l'OCDE (2,3 %). Parmi les principales raisons invoquées pour ces besoins non satisfaits, seulement 1,9 % des individus mentionnaient des coûts prohibitifs, tandis que 0,5 % évoquaient la distance pour accéder aux services appropriés. Aucune mention n'a été faite concernant des délais d'attente trop longs.

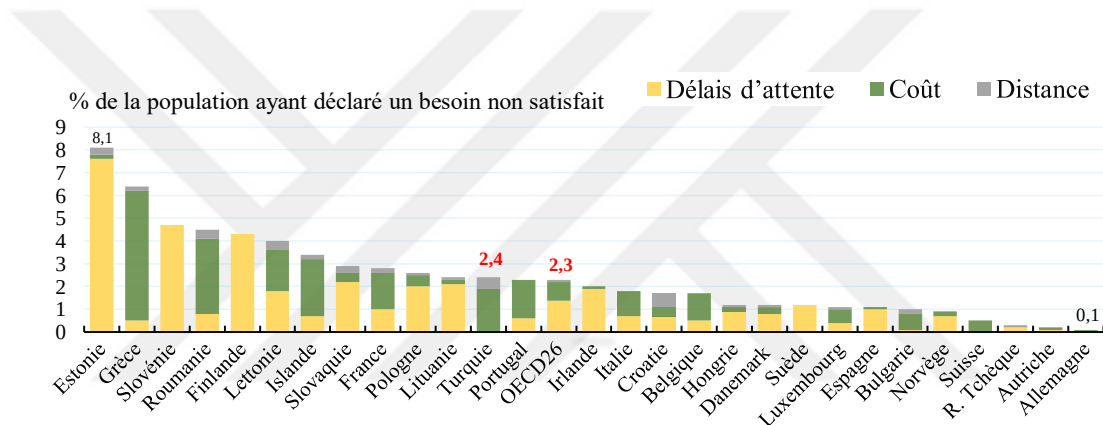


Figure 5.7 : Raisons des besoins médicaux non satisfaits (2021)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 103, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

En analysant simultanément les données sur la satisfaction de la population et les dépenses de santé par habitant, la performance de la Turquie est légitimement satisfaisante comparée à d'autres pays. En effet, la Turquie se distingue par un pourcentage plus faible de sa population ayant des besoins médicaux non satisfaits par rapport à ses homologues. Par exemple, avec un taux de satisfaction de 53 %, la Turquie se situe à proximité du Canada (56 %), tout en dépensant seulement 1.827 USD par personne, soit moins du tiers des dépenses du Canada, et presque la moitié de celles de la Lituanie qui dépense 3.587 USD pour atteindre un taux de satisfaction de 51 %.

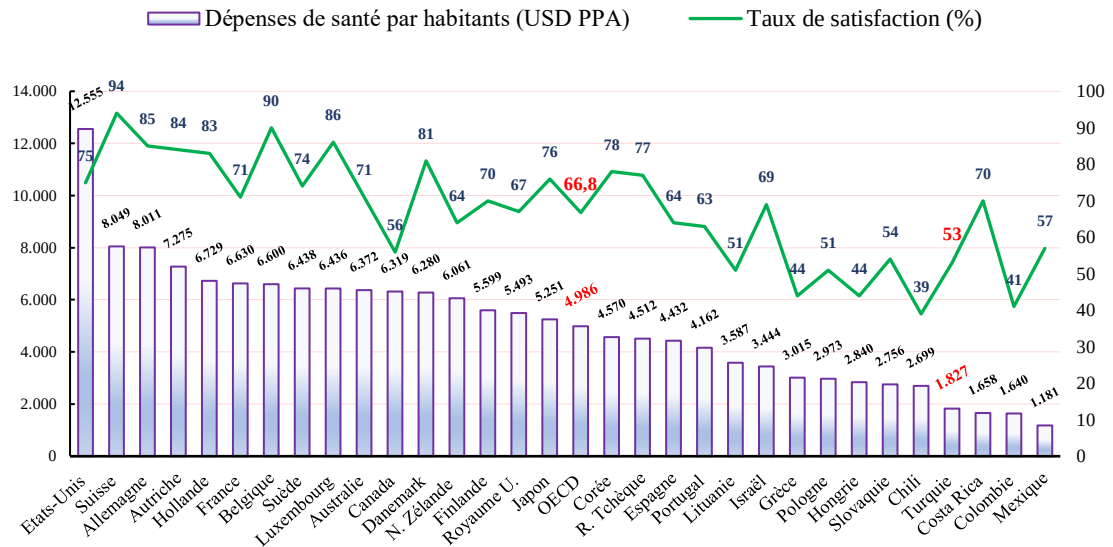


Figure 5.8 : Satisfation des services de santé (%) et dépenses de santé (2022)

Source : OCDE, **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**, Paris : OECD Publishing, 2023, pp. 25-29, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Toutefois, il est important de noter que pour une comparaison encore plus pertinente, il serait nécessaire d'ajuster ces résultats en prenant en compte diverses variables sociales, démographiques, économiques et environnementales. En effet, le volume de soins par habitant est influencé par des facteurs tels que le profil d'âge et de maladies de la population, l'organisation des services de santé, ainsi que les obstacles d'accès qui peuvent conduire à des niveaux de soins différents. Ainsi, il serait peut-être possible de mieux comprendre comment des pays comme le Costa Rica peuvent afficher un niveau de satisfaction similaire à celui de la France tout en dépensant seulement un quart par habitant.

Pour approfondir ce raisonnement, il est nécessaire de nuancer le niveau relativement satisfaisant de la Turquie présenté dans la figure 5.7. Rappelons que dans cette figure, la Turquie a un niveau quasi identique à la moyenne de l'OCDE. Cependant, lorsqu'on analyse ces résultats par niveau de revenu, un grand écart apparaît entre les couches sociales de la population à faible revenu et les 20 % les plus riches, avec respectivement 7,1 % de besoins médicaux non satisfaits pour la première quintile et seulement 0,3 % pour la seconde.

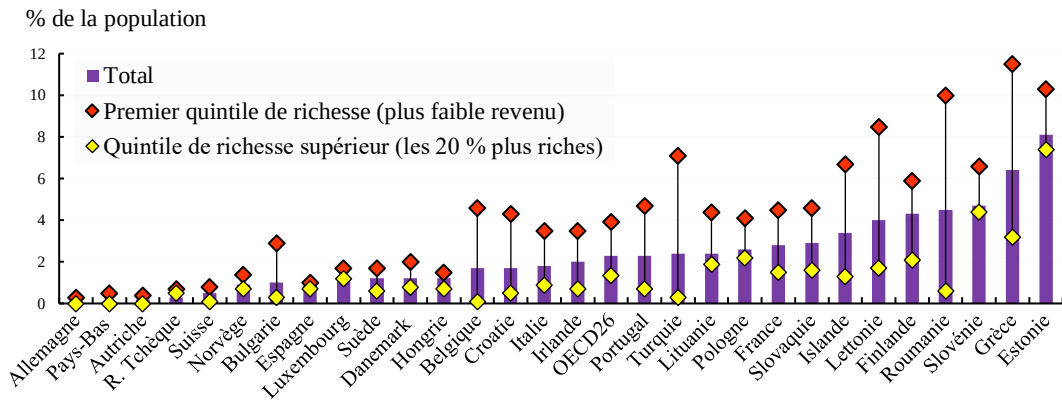


Figure 5.9 : Besoins médicaux non satisfaits par niveau de revenu (2021)

Source : OCDE, **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 103, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Deux indicateurs peuvent venir appuyer ce déséquilibre ainsi que l'impertinence en matière de soins médicaux dans le pays. Le premier est le manque d'équité dans la distribution des ressources de santé entre les zones urbaines et rurales.

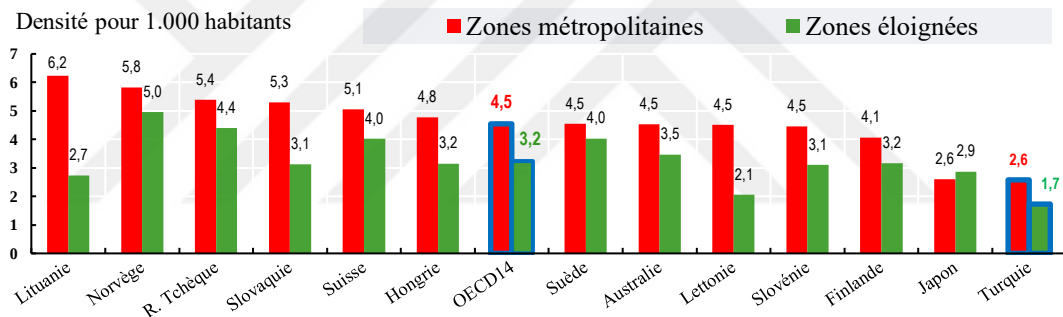


Figure 5.10 : Densité de médecins, régions métropolitaines et éloignées (2021)

Source : OCDE, **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 181, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Le faible nombre de médecins et d'infirmières en Turquie a été présenté précédemment à travers la figure 5.4. En plus de cette pénurie de personnel médical, les services de santé en souffrent également d'une distribution inégale des ressources de santé entre les régions urbaines et rurales. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés pour augmenter le nombre de médecins dans le pays, il reste un défi à relever pour garantir une répartition équitable des services médicaux. Par exemple, entre 2007 et 2022, le nombre de médecins pour 1.000 habitants est passé de 0,88 à 2,2. Néanmoins, en 2007, Şanlıurfa comptait le moins de médecins avec seulement 0,53 par habitant, contre 1,70 à Ankara qui était mieux pourvu. En 2022, ces chiffres sont respectivement passés à 1,33 dans le sud-est du pays et à 3,67 à Ankara. Cela montre qu'il y a eu une légère réduction relative de l'écart entre les régions les mieux

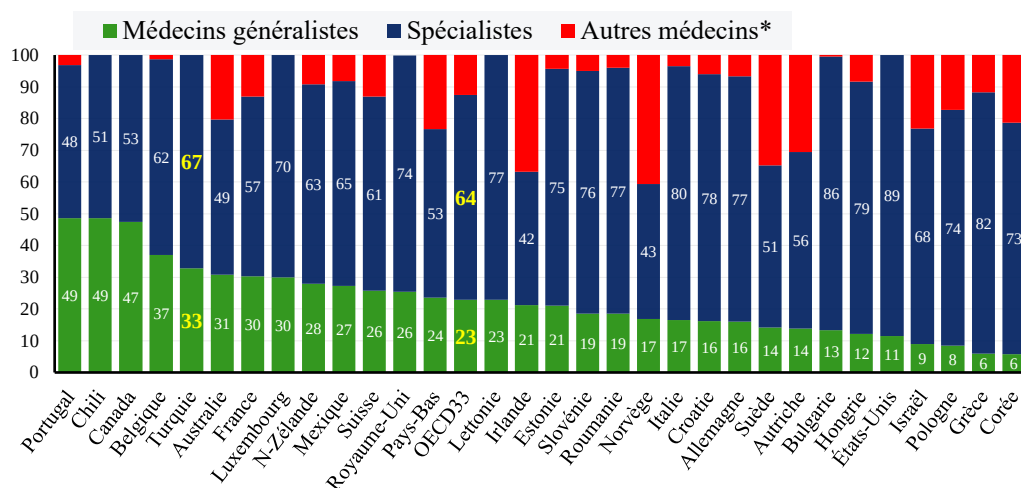
et moins bien et les disparités restent significatives, soulignant toujours un défi persistant en termes d'équité dans la répartition des services médicaux ³⁶⁵

À titre de comparaison, le nombre de médecins au Japon est également en dessous de la moyenne de l'OCDE. Toutefois, selon la figure 5.10, ce pays semble avoir accordé une grande importance à la réduction des disparités dans l'accès aux soins. Inversement, en Turquie, la densité de médecins est nettement plus élevée dans les régions métropolitaines par rapport aux régions éloignées. Ce déséquilibre peut être attribué à plusieurs facteurs, notamment une meilleure infrastructure, des conditions de travail plus favorables et des opportunités de carrière plus attractives dans les grandes villes. Ces deux derniers points sont particulièrement significatifs pour l'étude, car ils interagissent incontestablement avec l'émergence du tourisme médical.

Cette disparité régionale entraîne inévitablement des conséquences significatives sur la qualité et l'accessibilité des soins de santé. Les patients des zones rurales peuvent être contraints de parcourir de longues distances pour accéder à des services médicaux spécialisés, ce qui peut entraîner des retards dans les diagnostics et les traitements. Pour atténuer cette situation, il est crucial de mettre en place des incitations pour encourager les médecins à travailler dans les régions éloignées. Cependant, la croissance du tourisme médical a l'effet inverse, en renforçant l'équipement et le personnel des grandes villes au détriment des zones rurales.

Le second indicateur contribuant au déséquilibre et à l'insuffisance des soins médicaux en Turquie est la proportion de médecins généralistes dans le corps médical. Avec un taux de 33 % parmi l'ensemble du corps médical, en Turquie, les médecins généralistes représentent une faible proportion du total des médecins. Cette proportion est néanmoins supérieure à la moyenne de l'OCDE qui est de 23 %.

³⁶⁵ Salih MOLLAHALİLOĞLU et al. (éd), **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, Yayın n° 718, Ankara : Sağlık Bakanlığı, 2007 et OECD, **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 181, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.



* **Autres médecins** : Inclut les médecins non spécialistes travaillant dans les hôpitaux et les récents diplômés en médecine qui n'ont pas encore commencé leur formation spécialisée postuniversitaire.

Figure 5.11 : Répartition des catégories de médecins (2021)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 179, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

L'analyse révèle un revers significatif lorsqu'on examine l'évolution de la proportion des médecins généralistes en Turquie. En 2002, parmi les 57.406 médecins travaillant dans les hôpitaux publics en Turquie, 29.030 étaient généralistes (soit 50,6 % du total), alors que cette proportion a chuté à 40,9 % en 2022.³⁶⁶

Tableau 5.3 : Évolution du nombre des médecins par catégorie (2002-2022)

Nombre des médecins par catégorie employés dans les hôpitaux publics								
	2002		2012	2018	2020	2021	2022	
	nombre	%					nombre	%
Spécialistes	22.187	38,7	34.069	43.347	46.603	45.672	50.289	43,0
Généralistes	29.030	50,6	32.457	39.442	45.291	47.216	47.865	40,9
Assistant*	6.189	10,8	7.137	8.770	12.264	14.360	18.837	16,1
Total	57.406	100	73.663	91.559	104.158	107.248	116.991	100
* En Turquie, dans le langage courant, les étudiants en spécialité médicale sont appelés "médecins assistants".								
Source : Ministère de la Santé de la Turquie, « Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 [Annuaire des statistiques de santé 2022] », Ankara : Ministère de la Santé, 2022, p. 213.								

Cette répartition du recrutement médical témoigne la prédominance d'une approche médicale axée sur la médecine curative plutôt que préventive et prophylactique. Pourtant, un équilibre adéquat entre généralistes et spécialistes est crucial pour structurer efficacement le système de santé, en répondant aux besoins tant des soins primaires que spécialisés. Une sous-représentation des médecins généralistes

³⁶⁶ Il est pertinent de noter qu'une certaine divergence entre les données de l'OCDE et celles du ministère de la Santé est observable. Toutefois, cette variation n'affecte pas l'analyse en cours.

peut entraîner des défis d'accès aux soins primaires et surcharger inutilement les spécialistes et les hôpitaux, ce qui diminue l'efficacité globale du système de santé. Par ailleurs, une dépendance excessive aux spécialistes et aux hôpitaux pour les soins primaires peut conduire à des délais d'attente prolongés pour les soins spécialisés et affecter négativement la qualité des soins dispensés.³⁶⁷

Les médecins peuvent être attirés par la spécialisation en raison des meilleures opportunités financières et du prestige associé à certaines spécialités. À cet égard, l'impact du tourisme médical sur l'afflux vers certaines spécialités est bien établi, ce qui peut potentiellement déséquilibrer la répartition des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Il est essentiel de noter que les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la prévention, le dépistage précoce et la gestion des maladies chroniques. Une répartition déséquilibrée entre généralistes et spécialistes peut compromettre la capacité du système de santé à fournir des soins primaires de qualité. À cet égard, une part significative de la mortalité en Turquie est attribuée à des décès prématurés qui pourraient être évités par des efforts de prévention à tous les niveaux. Par exemple, parmi les 10 principales causes de mortalité évitables en 2022 en Turquie figuraient le cancer colorectal (6 %) et le cancer du sein (4,1 %).³⁶⁸ Malgré cela, la Turquie présente une performance très faible en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie comparée aux autres pays de l'OCDE.

³⁶⁷ Ali Rıza ÜÇER, « Sağlıkta dönüşüm programının yarattığı talep patlaması » dans **Tıp bu değil 2** (éd. İlknur ARSLANOĞLU) », Istanbul : İthaki Yayınları, 2013, pp. 266-268.

³⁶⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA TURQUIE, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 [Annuaire des statistiques de santé 2022]** », Ankara : Ministère de la Santé, 2022, p. 36.

% de femmes âgées de 50 à 69 dépistées au cours des deux dernières

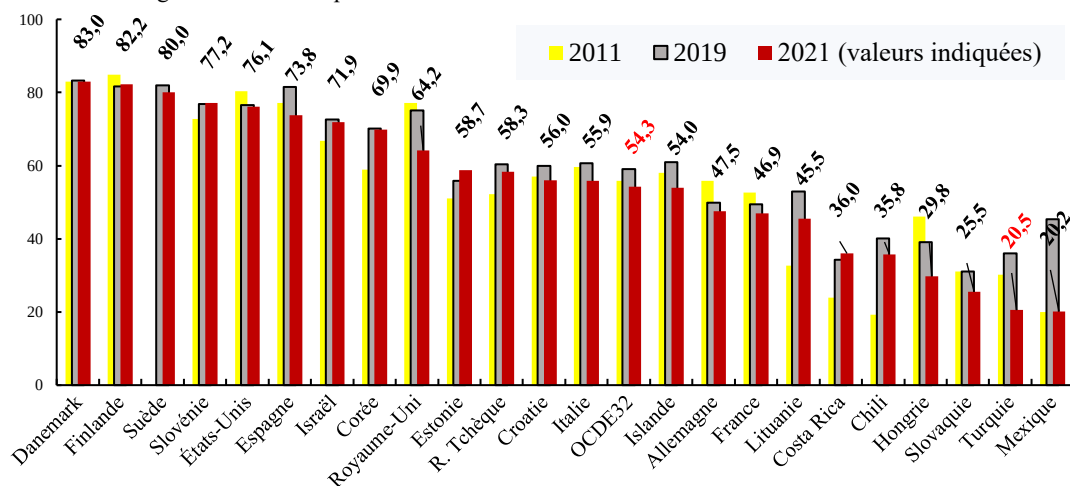


Figure 5.12 : . Dépistage mammographique chez les femmes (2011, 2019 et 2021)

Source : OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 129, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

La Turquie rencontre également des défis similaires en ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal. Bien que des progrès aient été réalisés, il reste nécessaire de consentir des efforts substantiels pour aligner les taux de dépistage sur les normes de l'OCDE. Avec un taux de dépistage de 9 %, la Turquie affiche l'un des taux de couverture les plus bas parmi les pays de l'OCDE, mettant en lumière les difficultés persistantes dans la mise en œuvre et l'accès à des programmes de dépistage efficaces.

% de la population âgée de 50 à 74 ans dépistée

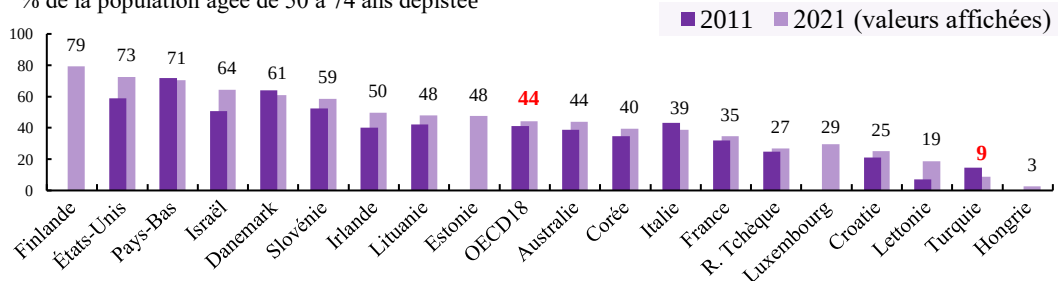


Figure 5.13: Taux de dépistage du cancer colorectal (2011 et 2021)

Source : OECD, *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 129, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

L'extension de la couverture des programmes de dépistage pour la plupart des maladies est cruciale, car elle permet une intervention précoce et améliore les chances de survie. Les infrastructures de santé, notamment dans les zones rurales, peuvent ne pas être suffisamment développées pour garantir des services de dépistage réguliers et

de qualité. Les habitants des régions éloignées peuvent ainsi éprouver des difficultés à accéder aux services de dépistage, ce qui contribue à des taux de couverture faibles.

Ainsi, des taux de dépistage bas signifient que de nombreux cas de cancer ne sont pas détectés à un stade précoce, ce qui conduit à des diagnostics tardifs. Par conséquent, cela augmente les taux de morbidité et de mortalité, car les traitements sont moins efficaces à des stades avancés de la maladie. Les diagnostics tardifs entraînent également une charge économique accrue due aux coûts élevés des traitements pour les cancers détectés tardivement. Le système de santé est également surchargé par la prise en charge des patients atteints de cancers avancés, ce qui aurait pu être évité avec un dépistage précoce.

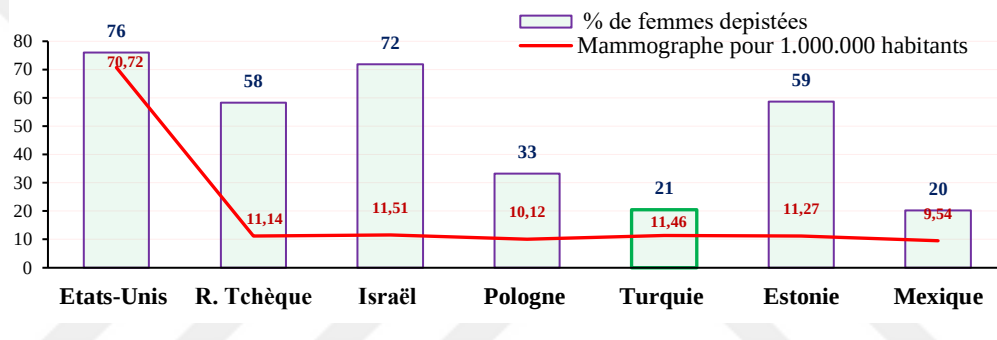


Figure 5.14: Performance de dépistage du cancer du sein (Turquie vs autres pays)

Source : OCDE, Nombre de mammographie, *Archive OCDE*, 2022 via www.oecd.org/fr/data.html et OCDE, *Health at a Glance 2023 et OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2023, p. 129, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

Plusieurs facteurs, notamment d'ordre culturel, influent sur le niveau de dépistage du cancer du sein. Toutefois, il convient de considérer l'importance de donner la priorité aux soins préventifs dans l'évaluation du dépistage. Surtout qu'il est clairement démontré par la figure 5.14 que le faible taux de dépistage en Turquie ne peut pas être attribué à un manque d'équipement, étant donné que le taux moyen de mammographie en Turquie est comparable à celui de la République tchèque et de l'Estonie, pays où le taux de dépistage est près de trois fois supérieur à celui de la Turquie.

5.5. Développement du secteur privé

La prestation de services de santé, considérés comme des biens publics, a été impactée par les politiques néolibérales mondiales introduites dans les années 1980,

entraînant l'introduction d'initiatives axées sur la privatisation des soins de santé. Le contexte politico-économique de cette élan a été largement examiné précédemment à la section 5.2. Il sera maintenant question de procéder à une évaluation à l'aide de données quantitatives.

La première étape vers l'alignement du domaine de la santé sur l'économie de marché a été initiée par la redéfinition du rôle de l'État dans la Constitution de 1982. L'article 56 de la Constitution définit la fourniture des services de santé comme une responsabilité partagée entre les secteurs public et privé, soulignant le rôle de l'État dans la planification et la réglementation de ces services. Cela marque un changement significatif par rapport à la Constitution de 1961, qui faisait de l'État le seul fournisseur de services de santé. Avec ce changement de cap, une légitimité constitutionnelle a été conférée à la prestation de services de santé par le secteur privé.³⁶⁹

Toujours dans cette logique, en 1983, le champ d'application des fonds de roulement des institutions affiliées au ministère de la Santé a été élargi. Les établissements de santé ont ainsi été encouragés à tarifier leurs services comme moyen de subsistance, initiant la monétisation des services de santé. En 2005, le transfert des hôpitaux appartenant aux diverses caisses de sécurité sociale au ministère de la Santé a séparé le financement et la prestation des services de santé. L'octroi d'une autonomie financière et administrative aux établissements relevant du ministère a permis leur gestion comme des entreprises commerciales. La part du budget du ministère de la Santé allouée aux fonds de roulement, qui était de 13,7 % en 1993, a atteint 81,4 % en 2003. En 2006, la mise en œuvre des fonds de roulement dans tous les hôpitaux affiliés au ministère montre que les services de santé publics dépendent largement des revenus générés par les hôpitaux.³⁷⁰

Cette orientation politique néolibérale était également évidente dans les plans de développement quinquennaux consécutifs. Le V^{ème} plan quinquennal de développement rédigé en 1984 mettait l'accent sur le développement des établissements de santé privés, la déréglementation des frais de service dans ces établissements et l'acquisition de services publics par le biais d'accords contractuels

³⁶⁹ Emre KOL, Türkiye'de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 5(1), 2015, p. 143.

³⁷⁰ Filiz KARTAL, **op. cit.**, 38-39.

comme principes fondamentaux de la politique nationale de santé.³⁷¹ Les itérations ultérieures des plans quinquennaux de développement, à savoir les VII, VIII et IX^{ème} plan quinquennaux, ont continué à soutenir la croissance du secteur privé dans le domaine de la santé.³⁷²

Tableau 5.4 : Comparaison des données hospitalières par secteur (2002-2022)

Nombre total des consultations des médecins						
	2002	2018	2019	2020	2021	2022
Hôpitaux d'État (HE) (ministère de la Santé)	109.793.128	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174	375.842.435
Hôpitaux Universitaires (HU)	8.823.361	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992	45.746.680
Hôpitaux Privés (HP)	5.697.170	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238	74.777.721
Nombre de patients hospitalisés						
HE	4.169.779	7.675.972	7.742.707	5.517.337	6.110.494	7.167.463
HU	781.990	1.955.983	2.072.720	1.546.362	1.859.399	2.044.982
HP	556.494	4.019.422	3.990.922	3.556.818	3.815.599	4.068.175
Répartition des médecins généralistes (%)						
HE	93,9	89,5	90,3	91,0	89,0	89,1
HU	0,6	0,7	0,7	0,6	1,5	1,4
HP	5,5	9,8	9,0	8,4	9,5	9,5
Part des dépenses de santé dans le PIB (%)						
Public	3,7	3,4	3,6	3,9	3,9	3,1
Privé	1,5	1	1,0	1,0	1,0	1,0
Nombre d'hôpitaux						
HE	774	889	895	900	908	915
HU	50	68	68	68	68	68
HP	271	577	575	566	571	572
Autre*	61					
Nombre de lits d'hôpital						
HE	107.394	139.651	143.412	156.965	157.714	163.207
HU	26.341	42.066	42.925	41.987	42.978	43.914
HP	12.387	50.196	51.167	52.230	53.805	55.069
Autre*	18.349					
Nombre d'opérations chirurgicales						
HE	1.072.417	2.766.914	2.796.484	1.613.841	2.191.281	2.997.651
HU	307.108	903.002	948.936	708.994	939.861	1.077.013
HP	218.837	1.531.822	1.478.395	1.399.383	1.572.952	1.698.385
* Cette catégorie comprend les hôpitaux transférés des caisses de sécurité sociale au ministère de la Santé en 2005, ainsi que les hôpitaux militaires transférés en 2016. Les classer comme des HE semble donc pertinent. Source : Tableau réalisé par l'auteur à partir des données disponibles dans; MINISTERE DE LA SANTE DE LA TURQUIE, (2022) op. cit. , 213.						

³⁷¹ OPE, V^{ème} Plan quinquennal de développement (1985-1989), n° 1974, Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 1985, pp. 151-152.

³⁷² Serkan ÇINARLI et Sevinç ARSLAN HIZAL, **Özelleştirme Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi**, Istanbul : Leges Yayınları, 2014, pp. 130-134.

Ces efforts ont abouti à une montée en puissance significative du secteur privé dans le domaine de la santé alimenté par des fonds publics. Des ressources importantes ont été transférées au secteur privé sous forme de primes, de subventions, d'exemptions fiscales et de franchises douanières. Les établissements de santé privés se sont répandus en parallèle avec la réduction des options publiques et grâce aux ressources transférées depuis le système de sécurité sociale.

En effet, pendant de nombreuses années, l'initiative médicale privée s'est limitée aux cabinets privés des médecins. Cependant, après 1980, une nouvelle industrie a émergé en Turquie, composée de cliniques privées, de chaînes d'hôpitaux et de compagnies d'assurance privées. Entre 2006 et 2010, environ 7 à 8 milliards de TL d'investissements annuels en santé ont été réalisés, dont les deux tiers par le secteur privé et seulement un tiers par l'État. Le nombre de lits d'hôpital dans les établissements privés est passé de 12.387 à 55.069 entre 2002 et 2022. Cette croissance est d'autant plus marquante lorsqu'on examine les pourcentages puisque la part des lits d'hôpitaux privés est passée de 7,54 % à 21 % au cours de cette période. Parmi les hôpitaux privés, on trouve à la fois de grands établissements de soins avec 450 à 500 lits et de petites cliniques avec 40 à 50 lits. Certains groupes de santé privés, ayant atteint la taille de chaînes d'hôpitaux, ont leurs actions cotées à la Bourse d'Istanbul (IMKB) et comptent parmi leurs actionnaires des capitaux étrangers. La concentration des entreprises dans le secteur des hôpitaux privés s'accélère, les chaînes et les « groupes de santé » remplaçant progressivement les hôpitaux indépendants. L'intensification des fusions et acquisitions dans ce secteur pour les années à venir est pronostiquée, ce qui a le risque de déréglementer le domaine médical via une monopolisation du secteur par un nombre réduit de groupes de santé.³⁷³

Bien que le secteur public reste dominant dans la prestation des services de santé, les politiques néolibérales en vigueur depuis 1980 ont permis au secteur privé de prendre une part croissante et significative. La part des investissements privés dans le secteur de la santé est passée de 8,9 % en 1980 à 38,4 % en 1991, et leur part dans les investissements privés totaux a augmenté de 0,2 % à 1,5 %.³⁷⁴ Le tableau 5.4 permet

³⁷³ Mustafa SÖNMEZ, *Paran kadar sağlık | Türkiye'de sağlık ticarileşmesi*, Istanbul : Yordam Kitap, 2017, pp. 72-77.

³⁷⁴ Ata SOYER, 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları, *Praksis*, 9, Kış-Bahar 2003, pp. 317-318.

une analyse comparative des données pour une période récente et montre une augmentation notable du nombre de lits d'hôpitaux dans les établissements privés, passant de 12.387 en 2002 à 55.069 en 2022. Cette croissance est encore plus remarquable si l'on considère les pourcentages, la proportion de lits d'hôpitaux privés étant passée de 7,54 % à 21 %. Un autre fait marquant est la part des interventions chirurgicales réalisées dans les hôpitaux privés qui a plus que doublé, passant de 13,69 % à 29,41 % au cours de cette même période.

Les difficultés des citoyens à accéder aux services publics ou à recevoir des services de qualité a encouragé les dépenses privées en santé. La libéralisation de la santé se manifeste par un transfert massif de ressources publiques vers les établissements privés. En conséquence, les fonds de la sécurité sociale pour la santé sont devenus une source majeure de revenus pour les établissements privés, les patients étant souvent dirigés vers des cliniques privées. Les dépenses correspondantes aux patients orientés par l'institution de sécurité sociale vers des établissements de santé privés sous contrat a augmenté, pour passer de 6 % des dépenses totales de santé en 1980 à 22,4 % en 1992.³⁷⁵

En introduisant des éléments de marché dans son système de santé via le PTS, la Turquie a davantage favorisé la marchandisation des prestations de santé tout en cherchant à préserver l'universalisme. Cependant, cela a entraîné une augmentation des inégalités d'accès aux soins, avec une tendance croissante vers la fourniture privée.³⁷⁶ Ainsi, cet élan en faveur du secteur privé s'est principalement traduit par un transfert de ressources publiques vers le secteur privé.³⁷⁷ Ce nouveau paradigme a probablement apporté des avantages en termes d'investissement, de qualité et d'innovation dans le secteur médical, mais il a également posé des défis en termes d'équité et de régulation. La création des hôpitaux urbains marque une nouvelle étape de ces politiques néolibérales, axées sur le transfert de fonds publics vers le secteur privé.

³⁷⁵ Savaş YILDIRIM, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi | Uzmanlık Tezi**, n° 2350, Ankara : Devlet Planlama Teşkilatı, 1994, p.76.

³⁷⁶ Tuba AĞARTAN, Marketization and universalism: Crafting the right balance in the Turkish healthcare system, **Current Sociology**, 60(4), juillet 2012, pp. 456-471.

³⁷⁷ İlker BELEK, (2006) **op. cit.**, 437-442.

5.6. Les hôpitaux urbains comme modèle de PPP

Les PPP se sont généralisés à l'échelle mondiale à partir des années 1990, influencés par les politiques des gouvernements sous l'égide du « consensus de Washington » (cf. section 5.2.). Ce modèle organisationnel, basé sur des contrats, transforme les relations administratives et politiques des infrastructures publiques, favorisant des principes de marché en matière de financement et d'organisation des services publics, y compris dans le secteur de la santé.³⁷⁸

La caractéristique clé du modèle réside dans ses méthodes de financement. Bien que la structure organisationnelle puisse influencer le modèle de financement, la plupart du temps, les gouvernements effectuent des paiements sous forme de loyers annuels et hors budget pour les biens, services et travaux de construction fournis par le secteur privé dans le cadre de contrats à long terme. Dans la plupart des projets médicaux réalisés par le PPP, les gouvernements ne se concentrent que sur les services cliniques essentiels. La construction des infrastructures de santé, la fourniture de services de soutien clinique et non clinique, ainsi que l'exploitation des espaces commerciaux sont généralement entièrement transférées au secteur privé.³⁷⁹

Même si l'on peut remonter la source du cadre juridique des projets de PPP en Turquie jusqu'aux lois de 1910 et 1924, de façon plus pertinentes les premières démarches juridiques pouvant être considérées comme les bases du processus actuel, ont commencé avec les lois de 1983 et 1984. Depuis 1984, divers modèles de PPP, notamment « Construire-Opérer-Transférer », « Construire-Opérer », « Construire-Louer » et « Transfert de Droit d'Exploitation », ont été mis en œuvre dans des secteurs tels que l'électricité, de l'eau, des autoroutes, des transports aériens et les télécommunications en Turquie.³⁸⁰

Il faudra encore quelques années pour que la base légale des PPP soit également appliquée dans le domaine de la santé. Selon l'amendement de 2005 à la loi

³⁷⁸ Mustafa SÖNMEZ, *op. cit.*, 32-33.

³⁷⁹ Koray KARASU, « Sağlık Hizmetlerinin örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı » dans **Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu | 6-7 Mayıs 2011**, Ankara : Türk Tabipler Birliği, 2011, p. 164.

³⁸⁰ A. Selçuk ATALAY, « Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu-Özel Ortaklığı » dans **Türkiye'de Sağlık, Siyaset, Piyasa** (éd. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR, Asuman GÖKSEL et Ömür BİRLER) », Ankara : Notabene yayınları, 2015, pp. 70-71.

fondamentale sur les services de santé, n° 3359, l'application du modèle PPP est principalement défini par la construction de structures de santé par des personnes physiques ou morales de droit privé, sélectionnées par appel d'offres, pour une durée maximale de 49 ans et à des coûts déterminés, en échange d'une location. Les avantages de ce modèle pour les entreprises privées sont détaillés dans les autres paragraphes de l'article de loi. Par exemple, l'une des particularités attractives du PPP est la possibilité de transfert gratuit des biens immobiliers appartenant au Trésor public, ce qui peut éliminer un coût d'entrée initial significatif pour l'investisseur.³⁸¹

Quelques mois après cet amendement, le Règlement n° 2006/10655 sur la « construction d'installations de santé en contrepartie d'une location et la rénovation en contrepartie de l'exploitation des services et des zones non médicales des installations » a été publié par le Conseil des ministres.³⁸² Toujours dans la même optique, le décret-loi sur l'organisation et les devoirs du ministère de la Santé a été modifié en 2007 par la loi n° 5683, ajoutant la « Direction des partenariats public-privé » aux unités de service principales du ministère.³⁸³

L'amendement à la loi n° 3359 a été abrogé en 2013 pour être remplacé par la loi n° 6428, portant sur « La construction, la rénovation et l'acquisition de services par le ministère de la Santé selon le modèle PPP, ainsi que sur des modifications de certaines lois et décrets » et conformément à cette nouvelle loi, le règlement d'application n° 2014/6282, intitulé « Règlement d'application sur la construction, la rénovation et la fourniture de services par le ministère de la Santé avec le modèle de coopération public-privé » a établi les bases juridiques des futurs hôpitaux de ville.³⁸⁴

L'application du modèle PPP par le ministère de la Santé turc a été initiée à travers les projets d'hôpitaux urbains. Ces hôpitaux sont conçus comme des complexes de santé intégrés comprenant des hôpitaux spécialisés dans divers domaines, des laboratoires de haute technologie, des centres de recherche, des technoparcs de santé, des installations sociales, des hôtels médicaux, des centres commerciaux, des centres

³⁸¹ Koray KARASU, *op. cit.*, 185.

³⁸² Journal officiel n° 26236 du 22 juillet 2006. www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/07/20060722.htm

³⁸³ Onur KARAHANOGULLARI, « Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı) » dans **Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu | 6-7 Mayıs 2011**, Ankara : Türk Tabipler Birliği, 2011, p.132.

³⁸⁴ Durmuş GÖKKAYA, « Şehir Hastaneleri Modelinin Kavramsal Çerçevesinin Değerlendirilmesi » dans **Sağlık Yönetiminde Güncel Tartışmalar** (éd. Erdal EKE) », Ankara : Nobel, 2020, p. 90.

administratifs, des unités d'urgence et de soins intensifs, des structures de pharmacie centrale et de stockage, des installations d'hébergement, de gestion des déchets, des parkings paysagers de taille suffisante, ainsi qu'une infrastructure technologique et physique de pointe. Les acteurs publics se contentent de jouer un rôle de planificateur et de superviseur, ne fournissant que les services médicaux, gérés par un bail à long terme avec le secteur privé.³⁸⁵

Dans le cadre de la restructuration du système de santé turc par le ministère de la Santé, il a été prévu de construire initialement 30 hôpitaux urbains dans 22 provinces, avec des dimensions physiques et des capacités de lits différentes. Ce nombre a ensuite été porté à 32 projets. La mise en place des hôpitaux urbains en Turquie, présentée comme une réforme majeure du système de santé, a été influencée à la fois par des facteurs internes et externes. Il convient de préciser que les premiers exemples de projets de PPP dans le secteur de la santé ont émergé au Royaume-Uni, et l'expérience du National Health Service (NHS) britannique a été une source d'inspiration notable pour de nombreux autres pays, y compris la mise en place des hôpitaux urbains en Turquie.³⁸⁶

Les PPP des hôpitaux urbains en Turquie visent à conjuguer l'expertise du secteur privé avec les besoins de santé publique, permettant ainsi de fournir des installations modernes tout en gérant efficacement les coûts et les opérations. La mise en œuvre d'un contrat de PPP pour un hôpital urbain se déroule généralement selon les étapes suivantes : Tout d'abord, le ministère de la Santé lance un appel d'offres pour la construction d'un hôpital, utilisant le modèle « Construire-Louer-Transférer » en fonction de critères spécifiques établis pour le site prévu. L'entreprise retenue construit l'hôpital selon les spécifications demandées et le loue au ministère de la Santé pour une durée d'au moins 25 ans, conformément aux termes du contrat. Pendant cette période de location, l'entreprise fournit certains services à des tarifs convenus dans le contrat. À la fin du contrat, l'entreprise assure l'entretien et les réparations de l'hôpital avant de le transférer gracieusement au ministère de la Santé.³⁸⁷

³⁸⁵ Dilaver TENGİLİMOĞLU, Oğuz IŞIK et Mahmut AKBOLAT, *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, Ankara : Nobel, 2018, pp. 230-237.

³⁸⁶ Barış ÖVGÜN et Pınar BERK, *op. cit.*, 1272-1274.

³⁸⁷ Durmuş GÖKKAYA, *op. cit.*, 89-90.

Afin de maximiser les compétences et les ressources nécessaires, les projets sont souvent lancés par des consortiums privés composés d'entreprises turques et de partenaires étrangers. Cependant, dans le contexte turc, on est loin de la « pureté » de la concurrence qu'indique le marché libre à travers l'atomicité des acteurs. En effet, une même entreprise qui possède 28,95 % du nombre total de lits des hôpitaux urbains a remporté les appels d'offres de 6 hôpitaux et détient 34,64 % du montant total des investissements. De plus, seulement deux entreprises détiennent 51,31 % du nombre total de lits et 53,89 % du montant total des investissements.³⁸⁸

Bien que les projets de PPP dans le secteur de la santé puissent prendre diverses formes en fonction du degré de responsabilité et de risque assumé par les secteurs public et privé, la plupart sont principalement financés par des investissements privés, avec des contrats assurant un retour sur investissement à long terme pour les entreprises partenaires. Les coûts initiaux de construction sont souvent couverts par des financements privés, limitant ainsi l'impact direct sur les budgets publics. Toutefois, le gouvernement garantit souvent des paiements réguliers pour l'utilisation des installations, réduisant ainsi le risque financier pour les entreprises privées. Les contrats incluent généralement un partage des coûts et des bénéfices, bien que des désaccords puissent survenir, notamment en cas de dépassements de coûts imprévus. Les nouveaux hôpitaux urbains offrent des équipements avancés, des pratiques de gestion efficaces et des installations modernes, améliorant ainsi la qualité des soins disponibles. L'augmentation du nombre de lits et des services spécialisés contribue à répondre à la demande croissante, surtout dans les centres urbains densément peuplés. Les entreprises privées apportent leur expertise en gestion, ce qui peut améliorer l'efficacité et réduire les coûts opérationnels.³⁸⁹

Néanmoins, ces projets soulèvent des questions sur l'accès inégal aux soins, les coûts pour les patients et les implications financières à long terme pour le gouvernement. En effet, l'accessibilité économique et géographique aux soins de haute qualité offerts dans les hôpitaux urbains peut rester limitée pour une grande partie de la population, favorisant principalement les populations urbaines plus aisées et

³⁸⁸ ULUSLARARASI ŞEFFAFLIK DERNEĞİ, *Şehir Hastaneleri Raporu*, 9 octobre 2020, p. 7.

³⁸⁹ Durmuş GÖKKAYA, *op. cit.*, 104.

réduisant ainsi l'équité dans l'accès aux soins de santé.³⁹⁰ Les PPP visant à attirer le capital des entreprises dans le secteur de la santé risquent de détourner les ressources nécessaires à la mise en place de services de santé de base, sans garantie que les services offerts dans ces institutions soient abordables pour les plus démunis.³⁹¹ Effectivement, la gestion privée des hôpitaux peut conduire à la commercialisation des services de santé, ce qui pourrait potentiellement augmenter les coûts des prestations. De plus, le financement des projets fait également l'objet de critiques.³⁹²

Alors que la Turquie est souvent citée comme une source d'inspiration importante pour la mise en œuvre des PPP, il a récemment été annoncé qu'il n'y aura plus de PPP dans le pays et que tous les futurs projets de construction hospitalière seront financés uniquement par des sources gouvernementales. Cette décision est survenue après la révélation que les paiements annuels pour seulement 10 hôpitaux urbains opérationnels représentaient environ 27,8 % du budget du ministère de la Santé.³⁹³ Un débat animé est en cours concernant l'impact des PPP sur la dette publique et la viabilité financière à long terme de ces projets. Ce débat remet en question les paiements garantis par le gouvernement, susceptibles de représenter une charge financière considérable à long terme et d'avoir un impact significatif sur le budget de la santé.³⁹⁴

A cet égard, lors d'un symposium sur la question des hôpitaux urbains, le Professeur Kayıhan PALA, président du Département de santé publique de la faculté de médecine de l'université Uludağ exprimait ses préoccupations par ces propos :

(...) Il y a de sérieux problèmes avec le mode de financement des hôpitaux urbains. (...) Certaines de ces structures feront faillite, vous verrez, souvenez-vous de moi à ce moment-là. Est-ce que ce sera encore à nous de payer ? (...) Des sommes énormes sont dépensées. On parle d'investissements de 30 milliards USD. Le pourcentage de personnes en Turquie qui ne peuvent pas accéder aux services de santé faute d'argent est actuellement de 15 % et de 20 % dans l'Est du pays. (...) Si les hôpitaux urbains

³⁹⁰ OXFAM, Tendances malsaines | En quoi le financement des hôpitaux privés à but lucratif par les gouvernements des pays riches et la Banque mondiale est préjudiciable et pourquoi il faut y mettre fin, **Oxfam International**, juin 2023, pp. 26-34

³⁹¹ Leila BODEUX et al., **La santé, une marchandise? Les dangers d'une commercialisation des soins de santé**, Bruxelles : CNCD, 2016, p. 45.

³⁹² Fikret ÇALAĞAN, İsa SOYTEKİN et Tülay KILINÇ, **Şehir Hastaneleri Çalıştayı | 16-17 Aralık 2017 – Ankara**, Ankara : SES Yayınları, 2018.

³⁹³ WHO, **Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe**, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023, p. 20. www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058605

³⁹⁴ Mesude ERŞAN, **A'dan Z'ye şehir hastaneleri: Dikensiz gül bahçesi değil**, mise en ligne le 25 mars 2024 et consulté le 04 juillet 2024 sur www.diken.com.tr/adan-zye-sehir-hastaneleri-dikensiz-gul-bahcesi-degiller/.

permettront à ces 15 % d'avoir accès aux soins, je les soutiendrai entièrement. Mais d'après ce que nous avons discuté jusqu'à présent, il semble malheureusement que, ce pourcentage risque d'augmenter encore.

L'hôpital urbain de Mersin a été ouvert il y a quelques jours et une très bonne nouvelle a été annoncée : Il accueillera des patients au niveau mondial. Pourquoi ? Parce que l'objectif est le tourisme médical. L'ouverture de l'hôpital urbain de Mersin montre à qui nous voulons offrir ces services. Nous le voyons également sur les sites web qui rapportent les nouvelles financières mondiales. En 2014, il est dit que les hôpitaux urbains en Turquie traiteront 2 millions de touristes médicaux par an. Par conséquent, ne pensez pas que les hôpitaux urbains seront construits pour les pauvres ayant des problèmes d'accès aux services de santé en Turquie. (...) ³⁹⁵

Bien que le Professeur Pala soit connu pour ses positions critiques, des sources provenant d'autres horizons confirment également, cette fois sur un ton bienveillant, le rôle potentiel des hôpitaux urbains dans la promotion du tourisme médical. En effet, même les publications provenant de sources clairement favorables à la mise en œuvre des hôpitaux urbains mentionnent « Le fait d'avoir des structures physiques commercialisables pour le tourisme de santé » comme un point fort et « La création d'un potentiel sérieux pour réussir dans le tourisme de santé » comme une opportunité de la mise en œuvre des hôpitaux urbains. ³⁹⁶

L'importance des hôpitaux urbains pour cette étude réside dans leur impact potentiel sur la mise en œuvre du tourisme médical. Il est donc essentiel de comprendre l'objectif premier de l'administration de ces hôpitaux. Bien que ces modèles soient supposés améliorer l'accès et la qualité des soins de santé, ils nécessitent une évaluation continue pour garantir qu'ils répondent efficacement aux besoins de toutes les couches de la société.

³⁹⁵ Kayıhan PALA, « Şehir Hastaneleri: Özelleştirmenin Truva Atı », dans **Şehir Hastaneleri Sempozyumu | 11 Mart 2017 Ankara**, TMMOB Mimarlar Odası Ankara Şubesi et Ankara Tabip Odası, 2017, p. 113.

³⁹⁶ Mehmet ATASEVER (éd.), **Şehir Hastaneleri Araştırması**, Ankara : Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü, 2018, pp. 90-91.

6. IMPACTS DU TOURISME MEDICAL SUR L'ACCES AUX SOINS

Évaluer l'impact du tourisme médical sur les citoyens d'un pays dont le système de santé nécessite des améliorations significatives comme la Turquie constitue un défi majeur. Pour simplifier l'analyse, les facteurs influençant le tourisme médical ont été classés en deux catégories, à savoir les aspects positifs et négatifs. Ce chapitre adoptera une approche dialectique pour exposer les contradictions et structurer les arguments tout en explorant des perspectives divergentes. Il est crucial de noter que ces aspects sont souvent symétriquement opposés, chaque paramètre pouvant présenter à la fois des avantages et des inconvénients.

Il faut aussi préciser que cette étude se concentre exclusivement sur l'impact du tourisme médical sur l'accès des populations locales aux services de santé. Ainsi, l'effet du tourisme médical sur les pays d'origine des touristes et l'analyse purement financière de son impact sur la balance des paiements, notamment les entrées de devises, sont exclus de cette analyse. Toutefois, l'impact économique n'est pas entièrement écarté, les effets du tourisme médical sur les investissements dans les services de santé et, par conséquent, sur l'offre de ces services, étant pris en compte dans le champ d'étude.

Enfin, une dernière remarque concerne la rédaction. Les affiliations politiques des députés ont été précisées entre parenthèses à côté de leurs noms, en utilisant des abréviations fonctionnelles. Les abréviations utilisées sont : « MHP » pour le Parti d'Action Nationaliste, « İYİ » pour le Parti du Bon, « AKP » pour le Parti de la Justice et du Développement, et « HDP » pour le Parti Démocratique des Peuples, sans tenir compte des changements de nom survenus entre-temps.

6.1. Impacts positifs

Bien que parfois remis en cause, les impacts positifs du tourisme médical sur les pays d'accueil sont largement reconnus dans la littérature scientifique. Comme il sera détaillé dans cette section, le tourisme médical a le potentiel de renforcer le

financement des soins de santé par un afflux d'investissements dans l'industrie médicale, améliorer les infrastructures et faciliter l'accès aux technologies de santé avancées. Par ailleurs, il peut jouer un rôle crucial dans la gestion des ressources humaines médicales en attirant des professionnels qualifiés, ce qui ralentirait la « fuite des cerveaux » grâce à un environnement de travail propice. Cela aide à atténuer la migration des professionnels de la santé et à réduire les disparités en matière de santé.

6.1.1. Investissements et acquisition d'équipements

Le tourisme médical joue un rôle crucial dans la croissance économique des pays récepteurs et constitue souvent la principale justification du soutien gouvernemental à cette industrie. Selon un rapport du ministère de la Santé, le tourisme médical pourrait générer environ 12.000 USD par patient dans les hôpitaux privés et 9.000 dollars dans les hôpitaux publics.³⁹⁷ La députée Ayşe Sibel Ersoy (MHP) développe également cet aspect du tourisme médical comme suit :

(...) L'activité du tourisme de santé mondial s'élève à 5 000 milliards USD. En 2023, 1,4 million de personnes sont venues en Turquie pour recevoir des services de santé, générant un revenu de 2,3 milliards USD. La part que notre pays obtiendra de la santé a l'importance suivante en termes de financement : Normalement, il faut importer 7,5 TL pour exporter un bien d'une valeur de 10 TL. En revanche, pour un service d'une valeur de 10 TL fourni par le tourisme de santé, il n'y a qu'une dépense de 2 TL à engager. Le gain est de 8 TL et la valeur ajoutée du tourisme de santé pour notre pays est de 80 %.
(...)³⁹⁸

Comme indiqué précédemment, les analyses axées exclusivement sur les considérations financières ne sont pas pertinentes pour cette recherche. En revanche, lorsque les bénéfices financiers du tourisme médical sont réinvestis dans l'infrastructure médicale, la dynamique change. En effet, les professionnels de la santé dans les pays en développement, souvent confrontés à des conditions de travail défavorables, peuvent, grâce au tourisme médical, accéder à des équipements de haute technologie conformes aux normes modernes, améliorant ainsi la qualité des soins dans ces pays.³⁹⁹ Lorsque le milieu médical est correctement régulé, le tourisme médical peut également bénéficier à la population locale en améliorant l'accès aux soins de santé. Le député Nurettin Canikli (AKP) utilisait cet argument pour répondre aux critiques concernant la création d'un système dual (cf. section 6.2.2.) :

³⁹⁷ Sıdıka KAYA et al., *op. cit.*, 49.

³⁹⁸ Ayşe Sibel ERSOY, *Procès-verbal de la TBMM*, Séance : 77, 2 mai 2024.

³⁹⁹ Sébastien FLEURET, *op. cit.*, 162-164.

(...) Bien entendu, la question qui vient immédiatement à l'esprit est-elle de savoir si les étrangers sont les seuls à bénéficier des services de santé ? Bien sûr que non. Ce sont surtout les enfants de ce pays, la nation turque, les citoyens de ce pays qui en bénéficient partout. Pendant les campagnes électorales, je parcourais un village de Giresun, ma circonscription, lorsqu'un citoyen est venu me dire : *"Nous avons fait un pontage à mon père il y a une semaine à Giresun et nous n'avons pas payé un centime"* (...) ⁴⁰⁰

Un exemple illustratif de cet impact, montrant clairement la relation de causalité entre le tourisme médical et son impact valorisant, est observé à Singapour. Le directeur des services de santé du pays s'exprimait comme suit :

(...) Notre système de santé, le meilleur de l'Asie selon l'ONU, ne fait pas la même distinction entre privé et public. Les touristes sont traités dans les hôpitaux publics, ce qui augmente notre nombre total de patients. Nous pratiquons plus de transplantations de foie chez les étrangers que locaux. (...) Cela nous permet d'avoir un matériel sophistiqué. Sans ce tourisme médical, avec une population de 4,5 millions d'habitants, nous ne pourrions par exemple pas effectuer de transplantations de foie ou de rein. (...) ⁴⁰¹

Un autre exemple est survenu à Calais, dans le nord de la France, où le tourisme médical s'est récemment développé avec l'arrivée de patients anglais (cf. section 4.1.). La directrice adjointe du centre hospitalier précisait que *« Cette activité complémentaire nous permet de mieux utiliser les équipements, car nous avons reconstruit l'hôpital en 2012 avec des capacités supérieures aux besoins locaux »*. Ainsi, le tourisme médical a considérablement contribué à augmenter les revenus de l'hôpital, qui était nettement déficitaire en 2017. ⁴⁰²

Si le cas de Singapour et l'hôpital de Calais sont des exemples parfaits illustrant comment l'afflux de fonds grâce au tourisme médical peut être canalisé vers le soutien et l'amélioration du système de santé, il est important de noter que ces avantages ne se répercutent pas systématiquement. En effet, cette causalité n'est pas inconditionnelle et dépend d'une régulation adéquate du système de santé. ⁴⁰³ Pour le député Muhammet Emin Akbaşoğlu (AKP), la Turquie a réussi ce pari en améliorant à la fois les conditions médicales pour la population locale et en réalisant un « boom » dans le tourisme médical :

(...) Pour que les choses soient claires, je voudrais dire que oui, en effet dans nos hôpitaux urbains, les patients sont servis selon des normes d'hôtel cinq étoiles, et qu'en effet, la Turquie connaît un boom du tourisme de santé. (...) En quinze ou seize ans, des progrès

⁴⁰⁰ Nurettin CANIKLI, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 6, 28 novembre 2015.

⁴⁰¹ Marie-Christine PETIT-PIERRE, **Le tourisme médical est en plein essor**, Le Temps, publié le 02 juin 2008 et consulté le 21 février 2024 sur www.letemps.ch/societe/tourisme-medical-plein-essor

⁴⁰² Solveig GODELUCK, [Le filon du tourisme médical (...)] **op. cit.**

⁴⁰³ Sébastien FLEURET, **op. cit.**

considérables ont été réalisés dans le domaine de la santé et tous nos concitoyens ont été inclus dans le champ d'application de l'assurance maladie générale. Les hôpitaux ont été modernisés, de même que les équipements. Le nombre de travailleurs de la santé a été augmenté, le nombre et la capacité des lits ont été portés à un niveau très élevé ; en fait, nous avons des hôpitaux et des capacités de lits qui dépassent tous les investissements réalisés au cours de la période républicaine. (...) ⁴⁰⁴

À cet égard, le bulletin de l'OMS suggère, par exemple, qu'un pays pourrait imposer aux hôpitaux privés de réserver un pourcentage minimum de lits pour des traitements gratuits pour les personnes dans le besoin, de fournir certains services médicaux de base dans des zones rurales éloignées, ou de former un personnel au-delà du nombre nécessaire pour les besoins de ces établissements. ⁴⁰⁵

6.1.2. Valorisation du corps médical

Dans de nombreux pays en développement, le financement insuffisant et le manque chronique de ressources, d'équipements et de personnel créent des conditions de travail précaires pour les professionnels de santé, souvent sous-payés et surchargés. Cette situation entraîne un exode croissant de travailleurs qualifiés à la recherche de meilleures opportunités, exacerbant les défis de la santé publique et aggravant le cercle vicieux de la fuite des cerveaux. ⁴⁰⁶

Ce fléau de la fuite des cerveaux est souvent à l'ordre du jour des débats publics. À l'occasion de la Journée de la Médecine, le député İsmail Tamer (AKP), lui-même médecin de formation, exprimait que le gouvernement accorde une grande importance aux médecins, les plaçant avant tout le reste. Il a assuré que le gouvernement continuerait à améliorer les conditions de travail des médecins et prévoyait d'augmenter le nombre d'hôpitaux municipaux, avec un objectif de 41.000 lits qualifiés pour 2018, afin de fournir un service important au peuple turc. ⁴⁰⁷

Dans le même ordre d'idées, lorsque İsmail Güneş expliquait les progrès réalisés par le gouvernement, notamment en soulignant que le nombre de travailleurs de la santé, qui était de 300.000 dans les années 2000, a aujourd'hui atteint 1,2 million, la

⁴⁰⁴ Muhammet Emin AKBAŞOĞLU, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 17, 14 novembre 2018.

⁴⁰⁵ Rudolf ADLUNG et Antonia CARZANIGA, Health services under the General Agreement on Trade in Services, **Bulletin of the World Health Organization**, 79 (4), 2001, p. 363.

⁴⁰⁶ Jean François NYS, Migrations internationales et crise des personnels de santé au niveau mondial, **Soins Cadres de santé**, supplément au n°63, 2016, p. 4.

⁴⁰⁷ İsmail TAMER, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 81, 14 mars 2017.

députée Aylin Cesur (İYİ) n'hésita pas à répondre : « *Si vous avez tant donné, dites-nous pourquoi ils partent ? Chaque année, 1.000 médecins quittent le pays, et 9.000 démissionnent de l'État ; si c'est suffisant, pourquoi ?* »⁴⁰⁸

La même thématique avait largement été débattue lors des discussions sur la loi autorisant les médecins chercheurs à travailler dans les hôpitaux publics, notamment dans les hôpitaux urbains. Le député Zeki Hakan Sıdalı (İYİ) critiquait la politique du gouvernement en affirmant que la Turquie perdait ses précieux professeurs et professionnels de la santé au profit d'autres pays en raison d'une mauvaise politique. Il exhortait le gouvernement à adopter des mesures pour protéger les éminents spécialistes du pays en exprimant, avec un ton moqueur : « *Vous avez entendu parler du tourisme médical quelque part, mais vous l'avez mal compris. Les patients viennent, les médecins ne partent pas.* »⁴⁰⁹

À l'occasion de la présentation de ce projet de loi devant les députés de la commission, le Prof. Eyüp Gümüş, Sous-secrétaire du ministère de la Santé, avait principalement utilisé une argumentation résumée à l'impact valorisant du tourisme médical sur le personnel médical, à travers le discours suivant :

(...) Nous voulons utiliser ces ressources humaines conjointement avec un travail flexible et des protocoles. (...) Sinon, tous ces médecins iront dans le privé et ces métiers ne seront pas faits dans le public. (...) Ces évasions ont toujours existé parce qu'ils ne sont pas assez payés. Par exemple, vous apportez une opération de 15.000 USD d'Angleterre, une tumeur cérébrale, et nous payons 300 TL à ces médecins dans le secteur public. Nous leur disons : "*Si vous pratiquez cette opération, vous recevrez 300 TL.*" Le secteur privé dit "*Je paierai 5.000 USD*" parce qu'il dit "*Je paierai 30 % des 15.000 USD*". De même, comme nous ne pouvons pas payer pour ces opérations, les médecins doivent aller là où ils sont payés. Avec cette législation, nous essaierons de payer non seulement les médecins, mais aussi le personnel auxiliaire de santé et les infirmières, car nous offrons la possibilité de distribuer jusqu'à 50 % de l'argent reçu. (...) Après tout, nous avons environ un millier de médecins importants en Turquie. Nous voulons soutenir ces médecins, sinon ils partent à l'étranger, ils reçoivent des offres des États-Unis, ils reçoivent des offres du secteur privé ; utilisons-les dans un bassin commun et donnons-leur leurs droits, c'est notre principal objectif. (...) De cette manière, nous attirerons des patients du monde entier. (...) ⁴¹⁰

Le député Mehmet Muş (AKP), proposeur de la loi, déclinait cette argumentation en expliquant que, cette loi était indispensable pour permettre aux bons médecins de rester dans les universités et de former des étudiants, tout en offrant au secteur public

⁴⁰⁸ Aylin CESUR, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 66, 15 mars 2022.

⁴⁰⁹ Zeki Hakan SIDALI, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 104, 16 juin 2022.

⁴¹⁰ Eyüp GÜMÜŞ, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

la possibilité de rester compétitif.⁴¹¹ Quant à Süreyya Sadi Bilgiç, président de la Commission du Plan et du Budget, il soutenait la nouvelle loi en expliquant que des modèles similaires étaient déjà appliqués dans d'autres pays comme le Qatar et l'Inde. Il exprimait également que la Turquie possédait des médecins mondialement célèbres et que les patients étrangers pouvaient venir recevoir des traitements de ces médecins, de manière à ce qu'ils reçoivent jusqu'à la moitié des revenus générés par ces traitements.⁴¹²

La valorisation du corps médical est cruciale, car le coût pour le pays d'origine est particulièrement élevé lorsque des médecins et des infirmiers émigrent. Leur formation, coûteuse, représente une perte significative, non seulement en termes de productivité mais aussi en termes de revenus fiscaux e. La fuite des cerveaux entraîne donc une perte de capital humain et une diminution des recettes fiscales ainsi que du taux d'investissement. Les pays occidentaux bénéficient clairement de cette situation. Il aurait coûté 184.000 USD pour former chacun des 3 millions de professionnels désormais employés dans les pays développés, ce qui représente une économie totale de 552 milliards USD. Pendant ce temps, les pays pauvres dépensent environ 500 millions USD par an pour former des travailleurs de la santé. Environ un quart des médecins aux États-Unis, au Royaume-Uni, au Canada et en Australie sont nés à l'étranger, et environ 75 % d'entre eux proviennent de pays en développement.⁴¹³

Dans de nombreux pays occidentaux, des régimes de visa spéciaux et des ajustements de la politique d'immigration sont en place pour encourager l'afflux de personnel médical en provenance d'Inde, de Jamaïque et des Philippines. Par exemple, en 2006, les États-Unis avaient supprimé le plafond sur le nombre d'infirmières étrangères que les hôpitaux et cliniques américains pouvaient embaucher.⁴¹⁴ De même, la Turquie a modifié sa législation avec le décret-loi n° 663, promulgué en novembre 2011, qui a élargi les possibilités de recrutement de personnel étranger dans les services de santé, jusqu'alors réservées aux citoyens turcs. Selon la réglementation issue de cette législation, les établissements de santé privés peuvent désormais recruter

⁴¹¹ Mehmet MUŞ, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁴¹² Süreyya Sadi BİLGİÇ, **op. cit.**

⁴¹³ David REISMAN, **op. cit.**, 145-146.

⁴¹⁴ THE BALTIMORE SUN, **Bill would lift cap on foreign nurses**, publié le 24 mai 2006 et consulté le 22 novembre 2023 sur www.baltimoresun.com/2006/05/24/bill-would-lift-cap-on-foreign-nurses

des médecins et des infirmiers étrangers, à condition qu'ils possèdent les qualifications nécessaires.⁴¹⁵

Cependant, non seulement cette réforme avait suscité de vives réactions dans le débat public, mais le bilan de la réforme reste assez médiocre. La députée Canan Arıman (CHP) s'était exprimée contre le gouvernement en déclarant : « *Au lieu de courir après les médecins étrangers, le Premier ministre devrait chercher un moyen de faire revenir les médecins turcs de renommée mondiale, que nous avons perdus au profit des pays occidentaux riches en raison de notre incapacité à leur offrir de bonnes conditions de travail.* »⁴¹⁶

Lorsque la députée Arıman s'exprimait ainsi, la Turquie n'était pas encore autant touchée par le problème de la fuite des cerveaux, notamment dans le milieu médical. Ces dernières années, cette problématique est fréquemment débattue dans le débat public. En effet, à l'occasion de la Journée de la Médecine, le député Ali Fazıl Kasap (CHP) s'était exprimé comme suit :

(...) Le ministère de la Santé avait ouvert une unité sur le tourisme de santé, en déclarant : *"Les patients viendront de l'étranger, les médecins viendront de l'étranger"*, mais au contraire, les médecins émigrent actuellement à l'étranger. Le nombre de médecins qui partent ce mois-ci a atteint 250. (...) Les hôpitaux s'effondrent, les médecins fuient à l'étranger, les médecins démissionnent. (...) Combien de temps pourrez-vous maintenir le système de santé dans un environnement où les médecins sont battus, méprisés et où l'on leur dit : *"S'ils partent, qu'ils partent"* (...) Nous nous dirigeons vers une Turquie malsaine, et les diplômés en médecine, y compris tous les étudiants universitaires, suivent désormais des cours d'allemand et d'anglais, et non de TUS (Examen de spécialité en médecine, ndlr).⁴¹⁷

Le bilan de cette réforme est mitigé puisqu'entre 2012 et 2020, 18.685 travailleurs de la santé étrangers ont commencé à exercer en Turquie, tandis que 3.924 médecins turcs ont quitté le pays pour travailler à l'étranger durant la même période. En 2021, environ 4.500 travailleurs de la santé étrangers sont arrivés en Turquie, tandis que 1.405 médecins turcs sont partis. Il est cependant difficile de déterminer le nombre exact de médecins étrangers en Turquie, car le ministère de la Santé ne publie pas de données spécifiques à ce sujet. Les chiffres disponibles englobent l'ensemble du

⁴¹⁵ **Règlement relatif aux méthodes et principes de travail des professionnels de la santé étrangers dans les établissements de santé privés en Turquie** publié dans le Journal officiel n° 28212 en date du 22 février 2012 : www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/02/20120222-14.htm

⁴¹⁶ Canan ARİTMAN, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 22, Volume : 113, Année législative : 4, Séance : 75, 15 mars 2006.

⁴¹⁷ Ali Fazıl KASAP, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 111, 1 juillet 2022.

personnel médical étranger, y compris les médecins et autres professionnels de la santé. Malgré cela, les autorités estiment que parmi les 4.500 personnes arrivées en 2021, seulement 300 à 500 pourraient être des médecins.⁴¹⁸

Même s'il n'existe pas de statistiques locales sur le nombre de médecins étrangers exerçant en Turquie, le pourcentage de médecins formés à l'étranger est de seulement 0,2 %, ce qui place la Turquie au plus bas parmi les pays de l'OCDE. Pour les infirmiers, ce pourcentage est de 0,3 %, plaçant également la Turquie en troisième position à partir de la fin.

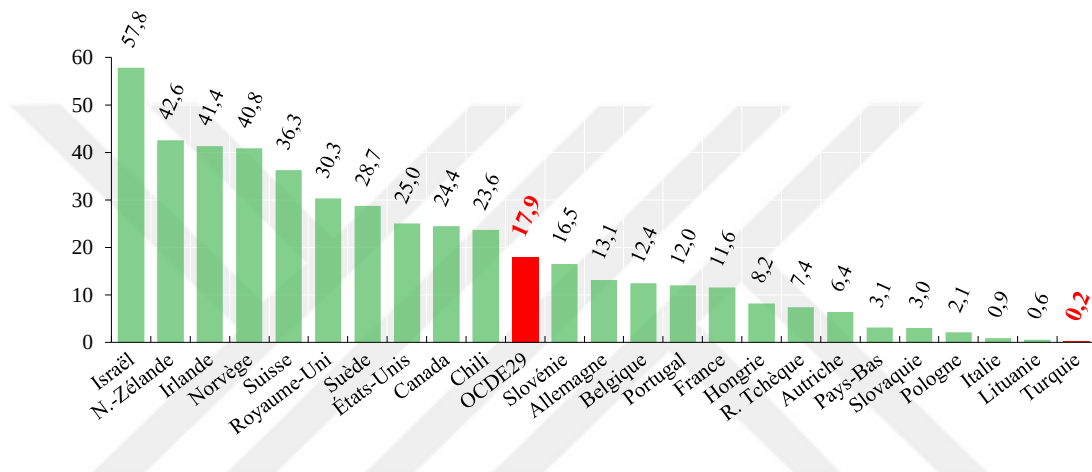


Figure 6.1: Pourcentage des médecins formés à l'étranger (2019)

Source : OCDE, *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, Paris : OECD Publishing, 2021, p. 231, DOI: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Le faible pourcentage de médecins en Turquie est surprenant, car il inclut également ceux qui sont revenus après leurs études à l'étranger. En effet, la fuite des cerveaux touche aussi les professionnels formés à l'étranger qui choisissent de rester dans le pays où ils ont été formés. Par exemple, seulement 48 % des médecins indiens formés à l'étranger sont revenus en Inde, tandis qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande, ce taux est encore plus bas, avec seulement 17 % des chirurgiens indiens retournant après leur formation. Cependant, ces données, datant de 1993 et basées sur une étude de 1998, pourraient avoir évolué avec l'essor du tourisme médical.⁴¹⁹

⁴¹⁸ Ali Kemal ERDEM, **8 yılda 18 bin 685 yabancı sağlık çalışanı Türkiye'de çalışmaya başladı: Yabancılar, yurt dışına giden Türk sağlık çalışanlarının yerini doldurabilir mi?**, Independent Türkçe, publié le 4 juillet 2022 et consulté le 28 juin 2024 sur www.indyturk.com/node/528146

⁴¹⁹ Indrani GUPTA, Bishwanath GOLDAR et Arup MITRA, **The Case of India | International Trade in Health Services, A Development Perspective**, Geneva : UNCTAD-WHO Joint Publication, 1998, pp. 218-219.

Effectivement, l'émergence du tourisme médical entraîne des transformations significatives dans le secteur de la santé, augmentant la demande de professionnels qualifiés pour fournir des soins de haute qualité. Les investissements induits par le tourisme médical nécessitent une discipline accrue, une modernisation et une amélioration des conditions de travail dans les services de santé. Un bon environnement de travail et des équipements spécialisés peuvent attirer et retenir les spécialistes, ce qui pourrait atténuer, voire inverser, la tendance à la migration des professionnels de santé. En offrant la possibilité de partager leur expertise tout en bénéficiant de meilleures conditions de travail, le tourisme médical peut ainsi jouer un rôle dans la rétention des médecins.⁴²⁰

À mesure que le tourisme médical se développe, il pourrait attirer un nombre croissant de médecins étrangers établis à l'étranger. Ce phénomène est particulièrement précieux sur le plan économique, car il permet à un pays d'accueillir des travailleurs qualifiés sans avoir eu à les former, tout en bénéficiant de leur productivité, dynamisme et recettes fiscales.

Ainsi, le député Mustafa Kalaycı (MHP) soulignait que son parti avait soutenu la loi créant l'USHAŞ, estimant qu'il était crucial pour la Turquie de devenir un centre d'attraction du tourisme de santé. Cela offrirait de nombreuses opportunités d'emploi dans ce secteur.⁴²¹ Le ministre de la Santé, Fahrettin Koca, développait une argumentation similaire dans son allocution :

(...) En offrant aux ressources humaines qualifiées la possibilité de travailler dans des installations modernes dotées d'une infrastructure solide de nos hôpitaux urbains, nous a facilité l'établissement de centres d'excellence où des services médicaux spécialisés, nécessitant une formation et des compétences avancées, sont fournis avec succès. Le potentiel de notre système de santé publique en matière de tourisme de santé sera mieux exploité dans ces hôpitaux. (...) ⁴²²

Cette tendance contribue à la réduction des taux de chômage dans le milieu médical, car les établissements de santé privés peuvent attirer des travailleurs en

⁴²⁰ Monica TREMBLAY, *op. cit.*, 9.

⁴²¹ Mustafa KALAYCI, *Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM*, Commission Plan et Budget, Période : 27, Année législative : 2, Séance : 75, 13 novembre 2018.

⁴²² Fahrettin KOCA, *Procès-verbal de la TBMM*, Période : 27, Volume : 27, Année législative : 3, Séance : 33, 14 décembre 2019. [Ces mêmes propos avaient été prononcés un mois plus tôt devant la Commission Plan et Budget. (*Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM*, Période : 27, Année législative : 3, 12 novembre 2019)]

offrant de meilleures conditions de travail et des salaires plus élevés. Au-delà de la simple réduction du chômage, c'est surtout la diminution de l'émigration des professionnels de la santé vers des pays plus développés qui est significative. Par conséquent, cet afflux de travailleurs qualifiés aide à atténuer les disparités en matière d'emploi entre les pays en développement et les pays développés.⁴²³

6.1.3. Réduction des coûts par l'économie d'échelle

Si le tourisme médical génère des résultats positifs pour le système de santé du pays d'accueil, c'est aussi grâce à son impact sur l'expansion du marché et la dynamique qu'il crée en attirant des patients étrangers. En effet, le mécanisme des rendements d'échelle montre qu'une amélioration de l'efficacité technique se produit avec l'augmentation de la production. Cela entraîne une baisse du coût unitaire à mesure que la production croît, car les facteurs de production sont utilisés de manière plus efficace.⁴²⁴

Selon le concept d'économies d'échelle, les grandes entreprises peuvent fonctionner plus efficacement, puisque les coûts fixes sont répartis entre les produits, ce qui réduit le coût pour chaque unité de production supplémentaire.⁴²⁵ À cet égard, en favorisant la concentration des services de santé, le tourisme médical stimule la clusterisation sectorielle, permettant ainsi d'optimiser les ressources et d'améliorer les infrastructures. Cette concentration génère des économies d'échelle, réduisant ainsi les coûts des soins de santé tout en augmentant l'efficacité et la qualité des services offerts.

L'impact du tourisme médical sur l'offre des prestations dentaires a été si significatif qu'il a été, certes de manière caricaturale, affirmé que la ville est devenue le seul endroit, dans ce pays pourtant friand de pâtisseries, où il était plus facile de se faire soigner une carie que d'acheter les sucreries qui les provoquent.

⁴²³ Serikpa Georges LOHORE, *op. cit.*, 209.

⁴²⁴ Emmanuel BUISSON-FENET et Marion NAVARRO, *La microéconomie en pratique*, Armand Collin, 2018, pp. 142-135.

⁴²⁵ Hasan Hüseyin YILDIRIM, « Piyasa, piyasa başarısızlıkları, sağlık ve sağlık sigortacılığı » dans *Sağlık Sigortacılığı* (éd. Hasan Hüseyin YILDIRIM), yayın n°.2527, Eskişehir : Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012, p. 32.

Ce mécanisme est observable dans la plupart des hubs médicaux, et c'est dans ce cadre que les initiatives de clusterisation décrites à la section 3.5.1. doivent être appréhendées. Par exemple, la Hongrie accueille environ 500.000 patients étrangers chaque année, et des milliers d'Autrichiens traversent la frontière chaque week-end pour des soins dentaires. Cet afflux de touristes médicaux a conduit à une concentration de chirurgiens-dentistes à Sopron, une ville de 50.000 habitants située à la frontière autrichienne, comptant 300 dentistes alors que 20 suffiraient pour la population.⁴²⁶ L'impact du tourisme médical sur l'offre des prestations dentaires a été si significatif qu'il a été, de manière caricaturale, affirmé que la ville était devenue le seul endroit, dans un pays pourtant friand de pâtisseries, où il était plus facile de se faire soigner une carie que d'acheter les sucreries qui les provoquent.⁴²⁷

Le cas de Sopron illustre parfaitement comment le volume de production permet de réduire les prix. Ainsi, pour acquérir un avantage concurrentiel, les établissements médicaux bénéficiant d'économies d'échelle cherchent souvent à augmenter leur volume afin d'atteindre une échelle de production optimale, ce qui permet de réduire les coûts unitaires. À défaut, quand leur production reste inférieure à cette échelle, ils doivent faire face à des coûts plus élevés. Lorsque la taille gigantesque des hôpitaux urbains était critiquée, le ministre de la Santé Fahrettin Koca se défendait implicitement à travers le principe des économies d'échelle par les propos suivants :

(...) La taille des hôpitaux est critiquée. Je pense que cette question devrait être évaluée en tenant compte de l'augmentation de la population de la société, des demandes croissantes et des projections futures. Les hôpitaux urbains ne sont pas un seul hôpital, mais des villes-hôpitaux regroupant de nombreux hôpitaux spécialisés dans leur domaine. Notre objectif est de permettre aux patients qui s'adressent à ces hôpitaux de voir tous leurs problèmes de santé résolus dans un seul et même centre. Au lieu que les patients se déplacent d'un hôpital à l'autre dans les grandes villes, ils sont conçus pour répondre à tous leurs problèmes dans un seul campus. (...) Les hôpitaux urbains sont l'un des éléments les plus importants de l'objectif visant à faire de la Turquie une marque importante dans le domaine du tourisme de santé. En particulier, la capacité à construire et à mettre en service rapidement de grands hôpitaux a attiré l'attention de nombreux pays. (...) ⁴²⁸

Il ne sera donc pas exagéré d'affirmer que sans le tourisme médical, les résidents de Sopron n'auraient pas pu bénéficier d'une telle opportunité en matière de soins dentaires puisque les prestations médicales nécessitent des investissements de base tels

⁴²⁶ Sonia ASSILI, **Une dentisterie à bas prix : Le tourisme dentaire et la tendance low-cost**, Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en chirurgie dentaire, Université de Lorraine, N°6580, 2014, p. 56.

⁴²⁷ Adam GAFFNEY, Patients sans frontbulgare metières, **Books**, vol. 76(5), 2016, pp. 62-65.

⁴²⁸ Fahrettin KOCA, **op. cit.**

que la formation, le matériel, et l'immobilier, et ces coûts doivent être engagés indépendamment de la quantité produite. À Sopron, comme dans d'autres lieux, les investissements sont progressivement récupérés à mesure que davantage d'unités sont produites. En conséquence, le coût de production d'une unité supplémentaire diminue avec l'augmentation de la production totale, ce qui explique les rendements croissants au début de la production.⁴²⁹

La figure suivante illustre comment le coût moyen de production évolue en fonction de l'augmentation de la production et des différentes échelles de production atteintes par le producteur. La courbe CMLP montre cette évolution. Initialement, le coût moyen diminue avec l'augmentation de la production, ce qui représente les rendements croissants, comme le montre le point X sur la courbe. Lorsque la production atteint la capacité optimale, le coût moyen est à son niveau le plus bas, correspondant au point O, où le niveau de production est idéal. Au-delà de ce point, chaque unité supplémentaire produite entraîne une augmentation du coût moyen de production, comme illustré par le point Y. Cette phase indique que la production excède la capacité optimale et que les rendements deviennent décroissants.

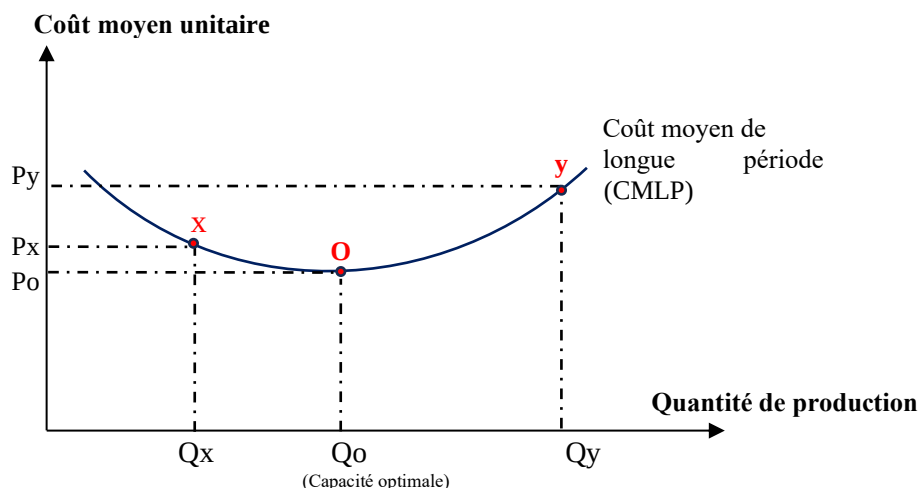


Figure 6.2: Courbe du coût de production moyen à long terme

Source : Adapté par l'auteur depuis le schéma présenté dans Zeynel DİNLER, *İktisada giriş*, Bursa : Ekin Kitabevi Yayınları, 2000, p. 159.

En générant des pôles de compétence et de spécialisation, le tourisme médical contribue au phénomène d'économie d'échelle qui permet de réduire les coûts des soins de santé. Cette concentration de ressources et de savoir-faire crée un effet

⁴²⁹ Zeynel DİNLER, *İktisada giriş*, Bursa : Ekin Kitabevi Yayınları, 2000, p. 162.

centripète, attirant davantage de patients et de professionnels, améliorant ainsi la qualité des soins et renforçant les systèmes de santé locaux. Toutefois, il est crucial de déterminer le niveau optimal d'investissement en santé pour maximiser l'efficacité du tourisme médical. Partant de ce constat, le tourisme médical devient particulièrement pertinent pour les pays où la demande intérieure ne suffit pas à assurer une production optimale. Comme le soulignait le directeur des services de santé de Singapour, sans le tourisme médical, il aurait été impossible pour son pays, avec une population de 4,5 millions d'habitants, de réaliser des transplantations de foie ou de rein.⁴³⁰

C'est en raison de leur capacité à générer des bénéfices tant pour les entités privées que pour la société dans son ensemble que les économies d'échelle externes sont parfois appelées externalités positives.⁴³¹ Cette thématique mérite une étude approfondie, ce qui sera abordé dans la prochaine section.

6.1.4. Externalités positives

Le concept d'externalité, tel que défini dans la littérature économique, concerne les coûts ou avantages sociétaux générés par les actions d'autrui. Une externalité positive se réfère donc à une situation où des tiers bénéficient d'une activité économique sans que ces avantages soient reflétés dans le mécanisme des prix. Ces bénéfices sont obtenus sans que les tiers aient à en supporter le coût.⁴³²

Le secteur du tourisme, en interagissant étroitement avec 54 autres secteurs, forme un système intégré qui stimule le développement de ces secteurs.⁴³³ De même, la relation entre les dépenses de santé et la croissance économique suit un schéma cyclique, illustré par l'« hypothèse de la croissance basée sur la santé ». Cette hypothèse stipule qu'un secteur de la santé sous-développé nuit à la productivité du capital, tandis que les investissements dans les infrastructures de soins favorisent le

⁴³⁰ Marie-Christine PETIT-PIERRE, *op. cit.*

⁴³¹ Nathalie BERTA, **Le concept d'externalité de l'économie externe à "l'interaction directe" : quelques problèmes de définition**, Documents de Travail du Centre d'Economie de la Sorbonne, 2008, pp. 5-8.

⁴³² Erhan ARDA, *Sosyal Bilimler el sözlüğü*, Alfa, Istanbul, 2003, p.143

⁴³³ Aslı KAYA, « Sağlık Turizmi Ekonomisi » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Hüseyin ERİŞ) », Ankara : İKSAD Publishing House, 2020, pp. 239-241.

progrès technologique et l'expansion économique. Ainsi, les externalités positives se manifestent tant dans l'industrie du tourisme que dans celle de la santé.⁴³⁴

Les externalités positives du tourisme médical seront examinées en trois parties. D'abord, l'impact sur le capital humain sera abordé, en mettant en évidence les effets des investissements accrus dans le secteur médical. Ensuite, l'interaction du tourisme médical avec d'autres aspects de l'industrie médicale sera explorée, avec un accent particulier sur l'industrie pharmaceutique. Enfin, la contribution du tourisme médical à l'amélioration des compétences du personnel médical sera évaluée.

6.1.4.1. Amélioration du capital humain

Comme mentionné précédemment, le tourisme médical entraîne une augmentation des investissements dans les services de santé, illustrée par la concentration de dentistes à Sopron et les investissements dans l'hôpital de Calais. Cette tendance est notable en raison de l'importance des dépenses de santé pour le bien-être individuel et sociétal.

Le concept de capital humain en économie du développement se réfère à l'ensemble des compétences et aptitudes détenues par la société. Bien que l'éducation soit généralement considérée comme le principal moteur de la valorisation du capital humain, le rôle de la santé dans son développement est également crucial. Une société qui priorise le maintien d'une bonne santé améliore son capital humain en cultivant une main-d'œuvre diversifiée, ce qui favorise des avancées significatives dans son développement global.⁴³⁵

Il est donc pertinent de considérer les dépenses en services de santé non pas comme des coûts de consommation, mais comme des investissements dans le capital humain. Le secteur médical joue un rôle essentiel dans le développement et l'entretien du capital humain, et les investissements en santé sont cruciaux pour optimiser la productivité et le bien-être de la population. Une bonne santé améliore la qualité et

⁴³⁴ Sevda AKAR, Türkiye'de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 2014, pp. 311-313.

⁴³⁵ Hüseyin AĞIR et Hacı Hayrettin TIRAŞ, Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri, *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, vol.17(4), 2018, p. 1560.

l'efficacité du capital humain. Les individus en bonne santé sont généralement plus productifs, ont une meilleure capacité d'apprentissage et sont plus engagés dans leur travail, ce qui favorise la croissance économique.

Il est donc pertinent de considérer les dépenses en services de santé non pas comme des coûts de consommation, mais comme des investissements dans le capital humain. Le secteur médical joue un rôle essentiel dans le développement et l'entretien de ce capital, et les investissements en santé sont cruciaux pour optimiser la productivité et le bien-être de la population. Les individus en bonne santé sont généralement plus productifs, apprennent plus efficacement et sont plus engagés dans leur travail, ce qui stimule la croissance économique.⁴³⁶ Ce raisonnement a également été exprimé par Sefer Ayca⁴³⁷ (MHP), qui déclarait :

(...) Tout le système capitaliste est construit sur des maladies. Partout dans le monde, l'argent tourne autour des maladies : *"voyons plus de patients, consommons plus"*. Ce sont des dépenses de consommation, sans bénéfice réel. Si nous voulons investir pour l'avenir, nous devons protéger la santé ; la protection de la santé est un véritable investissement dans l'avenir. (...) ⁴³⁸

Les investissements dans le secteur médical améliorent la santé, augmentant ainsi la productivité des travailleurs, prolongeant leur espérance de vie et réduisant les absences. Une meilleure santé influe aussi sur la performance scolaire puisque les enfants en meilleure santé réussissent mieux à l'école, ce qui renforce le capital humain à l'âge adulte. De plus, les pays avec de bons systèmes de santé sont souvent plus attractifs pour les investisseurs et les entreprises, car un capital humain sain et productif est un atout économique majeur.⁴³⁹

⁴³⁶ Michael GROSSMAN, On the concept of health capital and the demand for health, **Journal of Political Economy**, 80(2), 1972, 223-55.

⁴³⁷ Deux points méritent d'être soulignés au sujet de Sefer Ayca. Premièrement, bien qu'Ayca soit membre du MHP, un parti nationaliste où le discours altermondialiste n'est pas monnaie courante, il se distingue par sa critique persistante du tourisme médical, ce qui le démarque parmi les députés de l'Alliance républicaine. Deuxièmement, son parcours professionnel dans le domaine de la santé est remarquable, ce qui confère une grande crédibilité à ses propos sur les questions de santé : professeur, il a été sous-secrétaire du ministère de la Santé (2001-2002), directeur général des Services de Santé de Base (1999-2001), et président du Département de Santé Publique à l'Université de Gazi.

⁴³⁸ Sefer AYCAN, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 27, Volume : 27, Année législative : 3, Séance : 33, 14 décembre 2019.

⁴³⁹ Kerem BERKMAN, **Beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi : Türkiye örneği**, mémoire de master., Pamukkale Üniversitesi, 2008, p. 20.

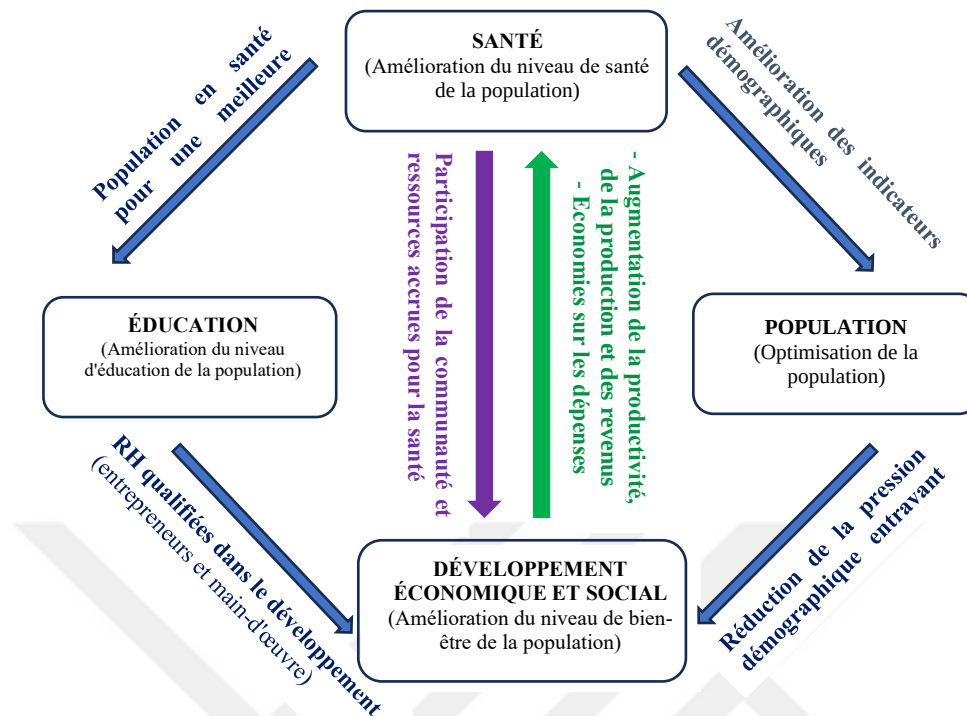


Figure 6.3 : Relations entre santé et développement

Source : İsmail MAZGİT, *Ekonomik kalkınma sürecinde Türkiye’de sağlık sektörünün yeniden yapılanması*, thèse de doctorat, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1998, p. 109.

Comme le montre la figure 6.3, les investissements dans la santé entraînent des répercussions significatives sur le bien-être social, la productivité des travailleurs, la participation au marché du travail, ainsi que sur les taux d’épargne et d’investissement. Ils influencent également les facteurs démographiques et divers aspects du capital humain. En ce sens, la santé est considéré comme un atout précieux et une source cruciale de bien-être.⁴⁴⁰

Cependant, bien que l’investissement dans le capital humain soit rationnel, il n’est pas toujours réalisé efficacement par tous les individus. L’intervention gouvernementale est donc nécessaire pour financer ces investissements, car ils génèrent des externalités positives. Le rendement social des investissements dans le secteur médical dépasse souvent le rendement privé, ce qui pousse l’État à accorder

⁴⁴⁰ Juan Antonio Casas ZAMORA, *Investment in health and economic growth: a perspective from Latin America and the Caribbean*, XXXV Meeting of The Advisory Committee on Health Research, Havana, 17-19 July, Washington DC : Division of Health and Human Development, 2000.

des subventions pour maximiser les avantages collectifs, au-delà de ce que les individus investiraient de leur propre gré.⁴⁴¹

6.1.4.2. Effet multiplicateur sur les secteurs connexes

Grâce au mécanisme des rendements d'échelle et à l'effet multiplicateur économique, le développement du tourisme médical stimule non seulement l'expansion du secteur des soins de santé, mais entraîne également une réduction des coûts pour les industries connexes, telles que les fabricants d'équipements médicaux et les producteurs de produits pharmaceutiques. Les services auxiliaires, comme l'hébergement, le transport et la restauration, bénéficient également de cette dynamique. En retour, cela encourage d'autres investissements, créant ainsi un cycle vertueux.

Ce cycle d'investissement stimule divers secteurs de l'industrie médicale en fonction de leur place dans la chaîne de production. Les dépenses de santé engendrent des externalités positives sur les infrastructures, créant des effets de *spin-off*⁴⁴² technologique. Cela bénéficie non seulement à la croissance de l'industrie médicale, mais aussi aux secteurs connexes comme la chimie, la biologie et la pharmacologie.

L'expérience de l'Inde illustre bien ce mécanisme. Le tourisme médical y dynamise l'industrie pharmaceutique en attirant un afflux de patients étrangers, ce qui accroît la demande pour les médicaments génériques produits localement. En offrant des traitements à coût réduit, l'Inde renforce sa position de leader mondial dans ce secteur tout en augmentant ses revenus du tourisme médical. Cette croissance contribue à l'expansion rapide de l'industrie pharmaceutique indienne, consolidant ainsi sa place sur le marché mondial.

À cet égard, en plus d'être un acteur majeur du tourisme médical comme la Turquie, le secteur pharmaceutique, évalué à plusieurs centaines de milliards USD, représente une opportunité économique majeure pour l'Inde, qui détient déjà 14 % des ventes mondiales de médicaments génériques. En affinant son expertise dans la

⁴⁴¹ Emmanuel BUISSON-FENET et Marion NAVARRO, *op. cit.*, 273-277.

⁴⁴² **Spin-off** : Entreprise créée à partir d'une société mère, souvent pour se concentrer sur un domaine ou une technologie spécifique.

réplication de molécules étrangères, l'Inde cherche à réorganiser son secteur pharmaceutique pour accroître sa compétitivité et rivaliser avec les multinationales des pays développés, avec l'ambition de devenir le leader mondial du marché pharmaceutique d'ici 2050.⁴⁴³

De son côté, la Turquie a également un rôle important à jouer dans ce contexte, et le développement du tourisme médical a le potentiel de soutenir cette dynamique. À l'occasion de son allocution à l'Assemblée nationale lors de la proposition de loi de finances du gouvernement central pour 2019, le ministre de la Santé Fahrettin Koca soulignait précisait ceci :

(...) Les hôpitaux urbains seront l'un des éléments les plus importants pour faire de la Turquie une marque reconnue dans le domaine du tourisme de santé, en coopération avec nos universités. (...) Nous souhaitons devenir un leader du tourisme de santé en motivant les secteurs public et privé. Avec le développement du tourisme de santé, nous pensons accroître l'emploi et attirer des devises étrangères, tout en contribuant au développement d'autres secteurs au-delà de la santé. (...) ⁴⁴⁴

À l'instar du modèle indien, l'un des premiers résultats de l'expansion du tourisme médical turc peut être observé dans le secteur pharmaceutique. En effet, le marché pharmaceutique turc, évalué à 6 milliards d'euros avec une production atteignant jusqu'à 1,56 milliard de boîtes, représente la plus grande part du secteur de la santé. La Turquie est ainsi le 16^{ème} plus grand fabricant de médicaments au monde et le 6^{ème} en Europe, après l'Allemagne, la France, le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne. Aujourd'hui, parmi les 50 fabricants de médicaments opérant en Turquie, 9 sont des multinationales, dont Pfizer, Novartis, Eli Lilly, Merck et GlaxoSmithKline.⁴⁴⁵

6.1.4.3. Enrichissement du savoir-faire

Il a été démontré que le tourisme médical a un impact significatif sur les investissements dans le secteur médical, y compris dans l'acquisition d'équipements médicaux. Cependant, ses bénéfices vont au-delà des seules installations physiques et de son impact sur l'endiguement de la fuite des cerveaux. Le tourisme médical joue

⁴⁴³ François PITTI, Chine et Inde : vers une stratégie de marque, **En Temps Réel**, Cahier n°38, Avril 2009, pp. 10-11.

⁴⁴⁴ Fahrettin KOCA, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 2, Séance : 75, 13 novembre 2018.

⁴⁴⁵ Başak CANBULAT, **op. cit.**, 56-58.

également un rôle crucial dans l'enrichissement des connaissances et l'amélioration continue des compétences cliniques. En attirant une diversité accrue de patients, il expose les médecins à une plus grande variété de cas cliniques, ce qui enrichit leur expérience pratique. Ce processus contribue naturellement à une croissance qualitative et quantitative des soins.

La médecine étant largement basée sur la pratique et l'expérience, l'augmentation du nombre et de la diversité des patients a une externalité positive considérable sur le développement des médecins et du personnel médical. En traitant des pathologies variées et complexes, les professionnels de santé affinent leurs compétences, améliorent leurs techniques et élargissent leur expertise. Ainsi, le tourisme médical favorise l'enrichissement des connaissances médicales, contribuant ainsi à un développement professionnel et à une qualité de soins accrue.

À cet égard, les propos d'un orthopédiste exerçant à Prague et ayant participé à plusieurs missions humanitaires en Jordanie illustrent bien cette dynamique :

(...) Il ne s'agit bien entendu pas seulement d'aider une population en particulier. Ces expériences à l'étranger nous enrichissent nous aussi, personnel médical. Personnellement, je suis confronté en Jordanie à des diagnostics et à des malformations que l'on ne voit plus aujourd'hui en République tchèque que dans les livres et qui ne relèvent plus que du domaine de la théorie. Soigner ces enfants est donc un défi pour nous, et certains cas graves, comme la façon qu'ont beaucoup de gens là-bas de ne pas se plaindre et de vous être reconnaissants, nous aident à relativiser un certain nombre de choses. (...) ⁴⁴⁶

Même s'il s'agit d'une mission humanitaire plutôt que de tourisme médical, visant à apporter une aide médicale aux populations vivant dans des pays touchés par diverses crises où l'accès aux soins spécialisés est limité, l'enjeu reste similaire. La diversité accrue des patients traités favorise le développement professionnel et l'expertise des professionnels de santé. Cette accumulation d'expérience enrichit considérablement leurs compétences, bénéficiant ainsi à l'ensemble du secteur. Par conséquent, il peut être conclu que les pays dotés d'une forte présence dans le domaine du tourisme médical ont le potentiel de tirer des avantages significatifs de cette main-d'œuvre bien formée et qualifiée.

⁴⁴⁶ Guillaume NARGUET, **Les médecins et le matériel médical tchèques s'exportent bien**, Radio Prague International, mise en ligne le 28 juin 2019 et consulté le 10 janvier 2024 sur <https://francais.radio.cz/les-medecins-et-le-materiel-medical-tcheques-sexportent-bien-8127215>

6.1.5. Amélioration de la qualité

Afin d'attirer des patients internationaux en quête de traitements de qualité supérieure, les établissements de santé spécialisés dans le tourisme médical sont souvent contraints de maintenir des standards élevés, notamment à travers des processus d'accréditation exigeants (cf. section 3.4.1.). Cette pression pousse ces établissements à investir dans des équipements modernes, à adopter des pratiques médicales avancées et à améliorer leurs processus de soins. En réponse à ces exigences, ces hôpitaux et cliniques mettent en place des protocoles rigoureux et offrent une formation continue à leur personnel, contribuant ainsi à élever les normes globales de qualité dans le secteur. Cet effet avait été souligné par le député Ferit Mevlüt Aslanoğlu (CHP) qui avait mentionné le JCI en ces termes :

(...) Il existe dans le monde un document appelé "Joint Commission International". Ce document stipule que "les hôpitaux qui reçoivent ce certificat peuvent exercer leurs activités librement n'importe où dans le monde ; cet hôpital est un hôpital très performant". Nous avons de nombreux hôpitaux en Turquie qui ont reçu ce certificat, comme Acıbadem, et d'autres encore. (...) Il est indiqué dans ce document : *"Cet hôpital peut effectuer toutes sortes de traitements et de diagnostics de la meilleure manière qui soit dans le monde."* Utilisons cet atout. (...) Nous devons tous être conscients de ce tourisme de santé en provenance du monde entier. (...) ⁴⁴⁷

Près d'une décennie après ces déclarations, le député İsmail Güneş (AKP), soulignait également l'impact du tourisme médical sur l'amélioration de la qualité des services médicaux, mais cette fois-ci en totale contradiction avec l'opposition, comme en témoignent ses propos :

« (...) Le développement du tourisme de santé contribue également à améliorer la qualité des services dans le domaine de la santé. Aujourd'hui, en Turquie, nous effectuons un nombre beaucoup plus important d'opérations, y compris pour des patients étrangers, qu'il s'agisse de greffes de cheveux, de prothèses dentaires ou de transplantations d'organes. (...) En fait, grâce au développement de ce secteur et à l'augmentation des unités spécialisées, nous pouvons offrir des services de meilleure qualité à nos concitoyens et profiter de ce gâteau venu d'ailleurs. Au lieu de nous rendre en Amérique pour un pontage, comme c'était le cas par le passé, nous pouvons maintenant le réaliser en Turquie. De même, des greffes de foie, autrefois effectuées à l'étranger, sont désormais réalisées à l'université de Malatya. Si nous avions pensé comme nos amis de l'opposition, je pense que si nous avions appliqué une politique de fermeture dans le domaine de la santé, comme dans celui de l'économie, comme dans d'autres domaines, nous serions en train de ramer sur place. (...) » ⁴⁴⁸

⁴⁴⁷ Ferit Mevlüt ASLANOĞLU, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 23, Année législative : 4, Séance : 25, 02 décembre 2009.

⁴⁴⁸ İsmail GÜNEŞ, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

Il convient de préciser que ces propos peuvent également être interprétés comme soulignant l'importance du tourisme médical pour l'amélioration du savoir-faire médical, thème traité dans la section précédente.

L'amélioration des infrastructures et des services nécessaires pour répondre aux attentes des patients étrangers a également le potentiel de profiter à la population locale. Les établissements spécialisés dans le tourisme médical, en raison de la qualité élevée des soins qu'elles offrent, incitent les hôpitaux publics à adopter des normes similaires pour ne pas perdre la confiance des patients.⁴⁴⁹ Ainsi, la convergence vers les normes mondiales bénéficie également à la population locale, car le tourisme médical agit comme un catalyseur pour améliorer la qualité des soins de santé dans le pays. Les progrès en qualité et en meilleures pratiques, facilités par le tourisme médical, permettent d'harmoniser les normes de soins et de réduire progressivement l'écart entre les pays développés et en développement, offrant des soins comparables à ceux des pays développés.⁴⁵⁰

6.2. Impacts négatifs

Bien que l'analyse précédente ait mis en évidence les impacts positifs du tourisme médical sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé dans les pays d'accueil, il est crucial de reconnaître que des inquiétudes fondées subsistent quant à ses conséquences néfastes potentielles.

Les critiques se sont intensifiées avec l'émergence du tourisme médical de troisième vague, lorsque des patients des pays développés utilisent les infrastructures des pays en développement. Les principales inquiétudes portent sur le fait que ces infrastructures sont souvent conçues principalement pour les patients capables de payer, ce qui peut rendre les soins inaccessibles aux citoyens locaux. Un autre enjeu est la disparité dans la qualité des soins, les patients internationaux bénéficiant souvent d'un niveau supérieur à celui des populations locales.⁴⁵¹

⁴⁴⁹ Connor SPRENG, **Des partenariats au service de soins de qualité**, Secteur privé & Développement, 22 juillet 2013, cité dans Serikpa Georges LOHORE, **op. cit.**, 209.

⁴⁵⁰ Monica TREMBLAY, **op. cit.**

⁴⁵¹ Sébastien FLEURET, **op. cit.**, p. 161.

De plus, dans la plupart des pays en développement, y compris en Turquie, la formation du personnel médical est généralement financée par des fonds publics. Cet aspect particulier exacerbe davantage la situation, car il soulève des questions quant à l'opportunité d'utiliser des fonds publics pour former des personnes susceptibles de servir des clients internationaux en pratique privée, plutôt que des clients locaux.⁴⁵² À cet égard, les propos du député Muharrem Işık (CHP) sont particulièrement révélateurs, car ils résument plusieurs aspects critiques du tourisme médical qui seront explorés dans cette section :

(...) Vous avez mentionné la Banque mondiale. Oui, la Banque mondiale vous a donné ces recommandations en 2003, en vous dictant : *"Mettez en œuvre de cette manière"*. Pourquoi ? Parce que la raison principale aux États-Unis aujourd'hui est le tourisme de santé et le fait que certaines personnes en Turquie possèdent ces hôpitaux. Alors qu'une tomographie aux États-Unis coûte 1.500 USD, nous la réalisons pour 70 TL. Il amène son patient pour un examen ici et le ramène (quasi) gratuitement. Ces investissements ne sont absolument pas destinés à la nation turque. Il est évident pour qui ces investissements sont faits, et ces mêmes personnes (...) vous ont dit : *"Écrasez les médecins autant que vous le pouvez et pillez progressivement les patients, car les patients sont des groupes désorganisés qui ne peuvent jamais s'unir."* (...) ⁴⁵³

Dans cette deuxième section du chapitre, seront analysés les effets négatifs du tourisme médical sur l'accessibilité des services médicaux pour la population locale, en examinant plusieurs dimensions essentielles. Il sera notamment question des conséquences de l'épuisement des ressources médicales, où l'augmentation de la charge de travail due au tourisme médical peut compromettre les soins disponibles pour la population locale. Le coût d'opportunité sera également abordé, mettant en lumière comment les ressources allouées au tourisme médical peuvent détourner des investissements nécessaires pour la santé publique.

Cette section analyse également les risques épidémiques liés à l'afflux de patients étrangers, ainsi que l'augmentation des coûts des soins due à la demande croissante. L'instabilité des investissements destinés au tourisme médical est discutée, notamment les risques de désertification médicale dans certaines régions attirées par les hubs médicaux. L'émergence d'un système de soins de santé dual, avec une distinction entre les services pour locaux et étrangers, est aussi abordée, de même que l'impact de la

⁴⁵² Nicola S. POCKOCK et Kai Hong PHUA, Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand , Singapore and Malaysia, **Globalization and Health**, 7, 2011, pp. 4-12.

⁴⁵³ Muharrem IŞIK, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 78, 14 mars 2013.

massification des prestations sur la qualité des soins. Enfin, il est exploré comment le tourisme médical peut masquer les lacunes existantes dans le secteur de la santé, entravant les réformes nécessaires.

6.2.1. Épuisement des ressources

L'une des principales préoccupations liées au tourisme médical est la pression qu'il exerce sur les ressources de santé des pays d'accueil. L'afflux de patients étrangers augmente la charge sur les infrastructures sanitaires locales, entraînant une surcharge des ressources limitées (cf. figures 5.4. et 5.5). Cette situation peut se traduire par des délais d'attente prolongés, des soins de moindre qualité pour les patients locaux, et un épuisement professionnel du personnel médical. Cette problématique avait été soulignée dès 2013 par le député Muharrem Işık (CHP), qui avait déclaré :

(...) En Turquie, les patients continuent à se rendre à l'hôpital à sept heures du matin et attendent souvent longtemps. À Erzincan, il y avait 4.774 patients à 13 heures dans un hôpital, et 4.500 dans l'autre. Qui peut s'occuper de ces patients ? Un de mes amis pédiatres est venu et a dit : *"Je démissionne"*. Je lui ai demandé pourquoi. Il m'a répondu : *"Je me suis occupé du 300^{ème} patient, et maintenant il reste toujours 150 patients à consulter."* Est-ce ainsi que vous résolvez les problèmes de santé ? (...) ⁴⁵⁴

Depuis 2013, la problématique des démissions dans les établissements de santé en raison de la charge de patients est restée au cœur du débat public, et elle s'est même accentuée. La députée Candan Yüceer (CHP) a notamment souligné que 42 % des personnels médicaux démissionnaires évoquaient « l'épuisement professionnel, la fatigue, et l'anxiété face à l'avenir », tandis que 25,8 % cherchaient « de meilleures conditions de vie et de travail ». Elle a également exprimé son désaccord avec l'accusation faite aux médecins démissionnaires d'être avides d'argent.⁴⁵⁵

Cette problématique n'est pas unique à la Turquie, mais est également observée dans les principaux pays du tourisme médical. En Thaïlande, par exemple, un rapport sur le secteur du tourisme de santé met en lumière que la pénurie de médecins constitue le principal défi pour le développement du tourisme médical. Le rapport révèle que la Thaïlande compte actuellement un ratio de seulement 3 médecins pour 10.000

⁴⁵⁴ Ibid.

⁴⁵⁵ Candan YÜCEER **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 66, 15 mars 2022.

habitants⁴⁵⁶, intensifiant ainsi la concurrence pour les professionnels de la santé. En raison de cette pénurie, les grands hôpitaux sont susceptibles d'attirer les spécialistes médicaux des établissements plus petits, ce qui pourrait diminuer la qualité des services et mettre en péril l'ensemble des prestations des soins médicaux dans un avenir prévisible.⁴⁵⁷

En conséquence, les ressources médicales, qui devraient prioritairement bénéficier aux citoyens du pays, sont détournées pour répondre aux besoins des touristes médicaux. Cela engendre des inégalités dans l'accès aux soins, car les priorités des établissements de santé peuvent être réorientées en faveur des patients internationaux. Cette situation exacerbe les disparités dans la qualité et la disponibilité des soins pour la population locale.

L'impact du tourisme médical sur la charge des prestations médicales du pays a été souligné à plusieurs reprises lors des débats à la Commission du plan et du budget, lorsqu'il était question de débattre avec une participation des représentants de la société civile lorsqu'il était question de débattre le projet de loi sur la création de l'USHAŞ et l'emploi de médecins universitaires dans les hôpitaux urbains. À cette occasion, Gönül Erden, coprésidente du Syndicat des employés de la santé et des services sociaux (SES) à l'époque, avait précisé que le tourisme médical allait accroître la charge de travail des professionnels de santé existants et aggraver l'exploitation de la main-d'œuvre, dans un contexte déjà marqué par une pénurie de personnel. Elle a noté que le temps moyen accordé par patient était d'ores et déjà tombé en dessous de cinq minutes et que des files d'attente se formaient dans les polycliniques. Erden avait également souligné qu'il n'était pas raisonnable de promouvoir le tourisme médical tant que les problèmes de santé internes n'étaient pas résolus et avait critiqué la réduction de la question à une simple perspective économique.⁴⁵⁸

⁴⁵⁶ Ce chiffre est nettement inférieur à celui de l'Inde, où l'on compte 7 médecins pour 10.000 habitants, et de Singapour, avec 20 médecins pour 10.000 habitants. Bien que la Turquie se situe au-dessus de ces pays, avec 22 médecins pour 10.000 habitants, ce nombre demeure inférieur à la moyenne des pays de l'OCDE (cf. tableau 5.1).

⁴⁵⁷ Sutapa AMORNVIVAT et al., « Thai Tourism: Sustaining Success », **Insight**, Economic Intelligence Center (EIC) – SCB, 2016, p. 34.

⁴⁵⁸ Gönül ERDEN, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

Bien plus que la création de l'USHAŞ, c'est surtout l'autorisation d'employer dans les hôpitaux urbains les médecins des facultés de médecine qui a suscité des débats. L'instauration d'un quota de service public destiné à la population locale, permettant aux médecins de travailler dans les hôpitaux urbains dans le cadre du tourisme médical, a constitué le point de friction de cette réforme et a été longuement débattue au sein de la commission. Les critiques à l'égard de cette réforme ont été clairement formulées par la syndicaliste Gönül Erden lors de sa deuxième intervention :

(...) Regardez, M. Muş le dit lui-même : *"S'il dépasse 20 % de performance, il pourra consulter un patient de plus dans le cadre du tourisme médical ; s'il atteint 40 %, il pourra en consulter un autre, et à 60 %, encore un autre."* Que signifie cela ? Cela signifie non pas la prise en charge de 50 patients par jour, mais de 100 ; non pas 100, mais 200. Qu'est-ce que cela implique ? Cela signifie *"Passez une minute par patient, pas cinq minutes."* Est-ce acceptable ? (...) Monsieur le Président, le médecin devra travailler trois fois plus pour atteindre les 60 %. Comme je l'ai dit à propos du tourisme de santé, il impose plus de travail, un travail flexible, et en même temps, il contraint les médecins de courir d'un endroit à l'autre. Permettez-moi de conclure en disant que cela rend les soins de santé, qui devraient être entièrement publics et gratuits, plus coûteux et plus commerciaux. (...) ⁴⁵⁹

Il est compréhensible qu'Erden, en tant que syndicaliste, soit particulièrement préoccupé par l'impact de la réforme sur les médecins. Quant au député Erol Katircioğlu (HDP), qui fût dirigeant d'université pendant des longues années, c'est surtout l'effet de la réforme sur la qualité de la formation médicale qui inquiétait. En effet, le Prof. Katircioğlu soulève la question de savoir comment la croissance des universités privées peut affecter les universités publiques et la pression potentielle sur les structures universitaires si les médecins sont attirés vers les hôpitaux urbains pour des opérations chirurgicales. ⁴⁶⁰

Conformément à ce point de vue, le professeur Atilla Stephan Ataç, s'exprimant au nom de l'Association dentaire turque, exprimait ses inquiétudes au sujet de la pression exercée sur les universités. Il soulignait que les universités sont d'ores et déjà confrontées à des exigences excessives et prévient que le projet de loi pourrait mettre encore plus à rude épreuve leurs ressources. Le professeur Ataç prévient que la législation pourrait potentiellement inciter les médecins universitaires à rechercher des

⁴⁵⁹ Ibid.

⁴⁶⁰ Erol KATIRCIOĞLU, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

opportunités financièrement plus rémunératrices, ce qui pourrait avoir un impact sur leur efficacité et diminuer la qualité de l'éducation.⁴⁶¹

Enfin, le député Mehmet Bekaroğlu (CHP) avait également souligné les dangers que le tourisme médical pourrait entraîner, notamment en termes de charge supplémentaire pour les médecins, à travers ses propos :

(...) Vous avez mentionné qu'il y a trop de files d'attente au Royaume-Uni et que les patients viennent chez nous. Cela ne risque-t-il pas de créer des files d'attente similaires dans notre pays ? Avez-vous une garantie que cela ne conduira pas à une situation où nos patients couverts par la sécurité sociale seront pris en charge dans les universités publiques après les patients internationaux ? Existe-t-il une clause garantissant que nos patients locaux seront prioritaires ? (...) Vous recevrez certainement des plaintes à ce sujet, avec des files d'attente de trois, quatre, voire cinq mois pour les opérations. (...) Vous évoquez le « consentement », l'« acquiescement », mais vous parlez de dollars. C'est bien, on parle beaucoup de dollars. Les dollars effectuent le travail du consentement, le travail de l'acquiescement. Cependant, la fatigue du médecin, les erreurs qu'il pourrait commettre en passant au cas suivant, etc., sont-elles également prises en compte ? Lorsque nous parlons d'« impact », d'« analyse », d'« évaluation », s'agit-il uniquement des dollars générés, ou la qualité et les problèmes rencontrés par notre personnel sont-ils également considérés ? (...) Alors, qu'en sera-t-il de nos concitoyens ? Qui compensera les dommages causés par les files d'attente, la baisse de la qualité, l'augmentation des coûts, la fatigue des médecins, les accidents et les erreurs ? Qui dédommagera comment ? Avez-vous fait quelque chose pour prendre des précautions à ce sujet ? Avez-vous élaboré des préparations à cet égard ? (...) ⁴⁶²

Dans son intervention, Bekaroğlu soulève une question rhétorique qui constitue une transition parfaite vers la section suivante, portant sur la création d'un système de soins dual : *« Cette situation va-t-elle créer une concurrence interne et poser des problèmes pour que nos propres patients puissent bénéficier de ces services ? ».*

6.2.2. Désertification médicale et système de santé dual

Comme étudié précédemment, la diminution du personnel médical et la priorité accordée au recrutement de spécialistes dans les établissements accueillant des touristes médicaux ont un impact significatif sur la qualité des soins et la stabilité globale du système de santé. Cette situation a conduit à l'émergence de déserts médicaux⁴⁶³, en particulier dans les établissements de petite taille et les zones rurales,

⁴⁶¹ Atilla Stephan ATAÇ, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁴⁶² Mehmet BEKAROĞLU, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁴⁶³ **Désert médical** : Cette expression est fréquemment utilisée dans la littérature pour qualifier les zones rencontrant des difficultés d'accès aux soins, caractérisées par une insuffisance de services de santé disponibles par rapport aux autres parties du territoire.

conduisant à un paysage de soins de santé de plus en plus hétérogène. Par conséquent, deux systèmes de santé distincts se développent : l'un, doté d'installations modernes et bien équipées pour les patients aisés, et l'autre, avec des services dégradés, insuffisants ou inadéquats pour la population locale. Cette tendance accentue les disparités d'accès et suscite d'importantes considérations quant à la durabilité et à l'équité à long terme du système de santé.

Le déséquilibre dans la répartition des infrastructures médicales, y compris des professionnels de santé, est souvent cité comme un facteur clé des inégalités dans la prestation des services de santé et le tourisme médical est critiqué pour aggraver ces inégalités en favorisant une répartition géographique inéquitable des ressources médicales. Dans de nombreuses destinations populaires pour le tourisme médical, les villes cibles bénéficient d'une concentration plus élevée d'établissements de santé par rapport aux zones environnantes. Bien que ce déséquilibre soit souvent en faveur des capitales ou des métropoles, il peut également se manifester dans des villes plus modestes, comme Sopron en Hongrie. Ainsi, l'essor du tourisme médical peut engendrer une offre de services de santé déséquilibrée, laissant les régions moins attractives pour les touristes médicaux avec un accès limité aux ressources essentielles et restreignant la disponibilité de soins de qualité pour les résidents locaux.

La disparité spatiale dans la distribution des prestations médicales est particulièrement révélatrice en Inde, un des principales destinations du tourisme médical. Alors que la moyenne nationale est de 1,4 lits pour 1.000 personnes, les taux les plus élevés sont observés au Karnataka avec 5,3 lits, suivi de Telangana et du Kerala, chacun avec 2,9 lits. En revanche, Bihar ne dispose que de 0,3 lit pour 1.000 personnes, tandis qu'Odisha et le Chhattisgarh ont chacun 0,7 lit.⁴⁶⁴

Cette répartition met en évidence que les régions les mieux dotées, comme Bangalore au Karnataka, Hyderabad à Telangana, et le Kerala, réputé pour son expertise médical axé sur l'ayurveda et les soins holistiques, sont également des hubs importants du tourisme médical. Ce système parallèle, qui privilégie les touristes médicaux et une minorité aisée locale, exacerbe les inégalités de santé. D'une part, des

⁴⁶⁴ Ankita SOOD, **State of Indian Healthcare - Indian cities through the lens of healthcare**, Housing Research, 2021, p. 11.

prestataires privés offrent des soins rapides et de haute qualité réservés aux touristes et à une petite élite locale. D'autre part, les services de santé publique, destinés aux personnes défavorisées, sont souvent de mauvaise qualité et manquent de personnel.⁴⁶⁵

Une situation similaire se retrouve probablement dans la plupart des pays spécialisés dans le tourisme médical, y compris en Turquie. Le député Yusuf Halaçoğlu (MHP) illustre ce problème en citant le cas de Sarız à Kayseri, où la population locale devait parcourir 130 kilomètres jusqu'à Kayseri pour accéder aux soins médicaux. Il soulignait le manque d'équipement et de personnel dans de nombreuses villes, régions, et districts de Turquie en insistant sur l'urgence de remédier à cette situation.⁴⁶⁶

Ce thème revient fréquemment à l'ordre du jour de l'Assemblée, notamment lors de la Journée de la Médecine. En 2022, le député Fikret Şahin (CHP) rapportait avoir reçu des messages indiquant des difficultés d'accès aux soins, tels que « *Nous ne pouvons pas obtenir de rendez-vous à l'hôpital du matin au soir, nous ne pouvons pas nous faire opérer, nous ne trouvons pas de matériel médical* ». Il critiquait les députés du parti au pouvoir pour leur manque d'empathie, soulignant qu'ils étaient insouciants puisqu'ils étaient en grande partie propriétaires d'hôpitaux privés.⁴⁶⁷ De même, Zeki Hakan Sidalı (İYİ) exprimait son désaccord avec les affirmations louant la réforme médicale pour avoir réduit les files d'attente dans les hôpitaux. Il soulignait que « *les citoyens ne peuvent même plus faire la queue et ils attendent chez eux car les rendez-vous sont pris des mois à l'avance* ». Il citait l'exemple d'un citoyen de Mersin, - qu'il considère comme un exemple parmi des milliers d'autres à travers le pays - qui, après plusieurs semaines d'attente, avait obtenu un rendez-vous pour une imagerie médicale par échographie et Doppler couleur, programmée pour décembre 2022, soit cinq mois et demi plus tard.⁴⁶⁸

Le député Necdet İpekyüz (HDP) évoquait le cas d'un citoyen dont l'enfant, hospitalisé à Diyarbakır pour une méningite, ne pouvait pas bénéficier d'un examen nécessaire en raison de la privatisation de l'équipement de l'hôpital. İpekyüz exprimait

⁴⁶⁵ Levi BURKETT, Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective, **The journal of legal medicine**, vol. 28(2), 2007, p. 233.

⁴⁶⁶ Yusuf HALAÇOĞLU, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 76, 13 mars 2015.

⁴⁶⁷ Fikret ŞAHİN, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 66, 15 mars 2022.

⁴⁶⁸ Zeki Hakan SIDALI, **op. cit.**

son mécontentement face aux délais d'attente prolongés pour les opérations et à la nécessité de payer de sa poche pour le matériel médical. Il soulignait également que, contrairement à la recommandation de l'OMS de passer environ 20 minutes avec chaque patient, le ministère avait réduit ce temps à dix minutes, ce qui était clairement insuffisant pour fournir des soins adéquats.⁴⁶⁹

Pour donner un dernier exemple de déclarations parlementaires sur ce sujet, le député Ali Öz (MHP) sera cité. Pour Öz, bien que le ministre ait augmenté le nombre d'hôpitaux privés, la question de l'accessibilité aux soins de santé pour les citoyens reste en suspens. Il soulignait que les coûts, même pour des procédures médicales simples, restent inabordables pour de nombreuses personnes. Öz évoquait un incident récent au cours duquel un citoyen s'est vu proposer un prix de 20.000 TL (20 milliards) pour une opération de la hanche, une somme hors de portée pour la plupart des patients. Il a en outre insistait sur le besoin urgent de réévaluer la répartition des revenus des médecins afin de garantir une rémunération équitable, en particulier pour les médecins travaillant dans les zones reculées. Il exprimait également ses inquiétudes quant à la pratique actuelle selon laquelle les fonds sont alloués à la discrétion des secrétaires généraux, ce qui, selon lui, exacerbe les inégalités et compromet la qualité des services de santé.⁴⁷⁰

Une autre figure qui critiquait le système dual de services de santé est Hüsni Yıldırım, co-président du syndicat SES. Il exprimait ses inquiétudes concernant l'émergence des hôpitaux urbains, soulignant les problèmes associés à cette réforme et son rapport avec l'essor du tourisme médical comme la suivante :

(...) Ils construisent des bâtiments gigantesques, mais ils sont vides. Dans un endroit où la population n'a pas accès aux services de santé, à quoi servent ces énormes bâtiments ? Alors que ces hôpitaux ne peuvent même pas fournir d'équipements adéquats, les chambres VIP étaient déjà équipées de canapés en cuir. Cela montre très clairement la vision du gouvernement sur les services de santé. Tandis que les patients étrangers bénéficient de ces chambres grâce au tourisme médical, les citoyens locaux n'ont pas accès aux soins. Les hôpitaux urbains sont gérés comme des hôtels. (...) Après 20 ans, nous assistons à un système de santé devenu commercial. (...) ⁴⁷¹

⁴⁶⁹ Necdet İPEKYÜZ, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 66, 15 mars 2022.

⁴⁷⁰ Ali ÖZ, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 78, 14 mars 2013.

⁴⁷¹ Esra TOKAT, **Sağlık sistemindeki kötüye gidiş sandığa yansımali**, Kısa Dalga, publié le 22 janvier 2023 et consulté le 20 mars 2024 sur https://kisadalga.net/haber/detay/saglik-sistemindeki-kotuye-gidis-sandiga-yansimali_53674

Les propos du députée Sibel Yiğitalp (HDP) rejoignent également ceux de Yıldırım. Elle exprimait que, à côté des hôpitaux urbains, une hiérarchie interne existe où les services publics sont privatisés et stratifiés selon les classes sociales. Elle soulignait que cette situation reflète une privatisation interne, créant des disparités même au sein des établissements publics.⁴⁷²

Cette disparité constitue non seulement un défi majeur pour la fourniture de services dans les régions mal desservies, mais risque également de limiter les bénéfices que le tourisme médical pourrait apporter pour endiguer la fuite des cerveaux médicaux (cf. section 6.1.2.). En effet, bien que le tourisme médical attire des médecins qualifiés dans les pays où il est pratiqué, il engendre aussi une fuite des cerveaux infranationale. La députée Nimet Özdemir (İYİ) l'exprime ainsi :

(...) Alors que le ministre se vante de faire de la Turquie un centre de tourisme de santé, des citoyens attendent des mois pour une tomographie en 2024. Chaque semaine, nous recevons des dizaines d'appels pour obtenir un rendez-vous à l'hôpital. L'autre jour, le rendez-vous pour la physiothérapie était fixé au 28 janvier 2025. Les centres de santé familiale perdent leur fonction, et les services d'urgence des polycliniques sont surchargés. Alors que les démissions dans le secteur public augmentent, des milliers de jeunes médecins partent à l'étranger. Aujourd'hui, il n'y a que 200 médecins pour 100.000 patients dans notre pays, le pire en Europe. Nous sommes le seul pays au monde où le nombre de consultations aux urgences dépasse la population. Comment expliquer qu'un médecin, qui doit examiner plus de 150 patients par jour, passe moins de cinq minutes avec chaque patient ? (...) ⁴⁷³

Ainsi, les opportunités lucratives offertes par le tourisme médical incitent les médecins à quitter les zones rurales pour se concentrer dans les villes ciblées par ce secteur. Cette dynamique crée une pénurie d'expertise médicale dans les régions moins favorisées, affaiblissant les systèmes de santé locaux. En conséquence, les zones rurales des pays d'accueil perdent des ressources humaines précieuses, ce qui a un impact négatif sur la qualité et l'accessibilité des soins de santé pour les résidents locaux.⁴⁷⁴ Il est important de noter que la distinction entre zones urbaines et rurales n'est pas absolue, car même au sein des zones urbaines, il existe un clivage entre les hôpitaux et cliniques dédiés aux touristes médicaux et ceux servant le grand public.

⁴⁷² Sibel YİĞİTALP, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 40, 17 décembre 2017.

⁴⁷³ Nimet ÖZDEMİR, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 62, 20 février 2024.

⁴⁷⁴ Anchana NARANONG et Viroj NARANONG, The effects of medical tourism: Thailand's experience, **Bulletin of the World Health Organization**, 89, 2011, pp. 339-341.

Ce problème de déséquilibre régional, déjà préoccupant pour de nombreux pays, est souligné par deux études menées en France. La première étude révèle que les taux de mortalité pour certaines maladies augmentent en raison de la concentration des grands hôpitaux dans les métropoles. L'étude conclut que l'absence de diagnostic précoce, comme celui du cancer du côlon, dans les zones rurales entraîne une hausse des décès.⁴⁷⁵ La seconde met en évidence que l'accès aux soins peut varier selon le lieu de résidence, en prenant l'exemple du cancer du sein. Selon cette étude, la participation au dépistage et l'accès à des soins de qualité peuvent être influencés par la localisation géographique des individus.⁴⁷⁶

Si de tels problèmes se manifestent dans un pays comme la France, où le tourisme médical de masse n'est pas particulièrement développé, il devient d'autant plus crucial de prêter attention à la question de la répartition spatiale des services de santé dans des pays comme la Turquie, où les services de santé sont fortement centralisés et concentrés en raison du tourisme médical et d'autres facteurs, compte tenu notamment des conclusions présentées à travers la figure 5.10.

Le député Kamil Okyay Sındır (CHP) attirait justement l'attention sur l'évolution de ce phénomène et son impact potentiel en soulignant que si le nombre de patients venant de l'étranger passe de 400.000 à 2 millions, cela constituerait une menace pour la capacité des citoyens à bénéficier d'un système de santé adéquat.⁴⁷⁷

Quant à Atilla Ödünç (AKP), député de Bursa, il exprimait les mérites des hôpitaux urbains, soulignant qu'ils contribueraient à l'amélioration de la qualité des services de santé du pays. Il attendait que ces investissements permettent à la Turquie de se classer parmi les cinq premiers centres de tourisme de santé au monde. Pour Ödünç, qui détaillait avec fierté les caractéristiques de l'hôpital urbain de 1.355 lits récemment construit sur une superficie de 89.380 m² à Bursa, la Turquie dispose de

⁴⁷⁵ Guy LAUNOY et al., Influence of rural environment on diagnosis, treatment, and prognosis of colorectal cancer, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 46(4), 1992, pp. 365-367.

⁴⁷⁶ Lucie VIALARD ARBAROTTI, De l'organisation de l'offre de soins aux inégalités d'accès aux soins : la prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France, *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Miscellanées, DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.1703>

⁴⁷⁷ Kamil Okyay SINDIR, *Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM*, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

suffisamment d'infrastructures et de ressources humaines pour répondre aux besoins du pays.⁴⁷⁸

Peu après le discours élogieux du député Ödünç, le député Necdet İpekyüz (HDP) s'exprimait pour souligner le risque que les patients étrangers soient privilégiés au détriment des patients locaux. Il utilisait une nomination allégorique pour montrer que la population locale était victime du système dual créé par le tourisme médical, en ces termes :

(...) Nous disons que les gens viendront de l'étranger, mais que feront Berivan de Hakkari, Temel de Trabzon, Ali de Yozgat, Rıza de Sivas, Fadime de Sivas ? Que feront ces personnes lorsqu'elles seront atteintes de cancer ? Elles devront attendre un mois, deux mois, mais le patient de catégorie A venant de l'étranger, qui paie, sera-t-il traité immédiatement ? Nous devons d'abord assurer l'égalité et garantir l'accès aux soins dans notre propre pays. Si vous transformez le ministère de la Santé en une entreprise, si vous le gérez comme une entreprise, la performance sera priorisée, ce ne sera plus un service public et, en plus, vous ferez du ministre un directeur d'entreprise, un directeur d'hôpital privé. La vision ne devrait pas être ainsi, tant que la vision est celle-ci, nous n'avancerons pas, nous ne pourrions pas faire face à la réalité. Que se passe-t-il alors ? (...) ⁴⁷⁹

La création d'un système à deux vitesses, où les touristes médicaux bénéficient de traitements dans des hôpitaux privés sophistiqués avec du personnel hautement qualifié et des équipements coûteux, tandis que les populations locales n'ont accès qu'à des soins de base, est une des conséquences de la massification du tourisme médical. L'hôpital Nadezhda Women's Health, situé en périphérie de Sofia, illustre parfaitement ce système dual. L'hôpital prévoyait d'étendre ses activités grâce aux revenus générés par le tourisme médical, qui représentait environ un dixième des 3.000 patients annuels. Alors que l'établissement conserve une liste d'attente pour les patients nationaux, il n'y a aucun délai pour les étrangers. Anelia Racheva, directrice administrative, précisait en toute franchise : « *Nous avons des places disponibles pour les patients étrangers, car nous bénéficions de paiements garantis en espèces.* » ⁴⁸⁰

C'est pour cette même raison que le député Garo Paylan (HDP) exprimait son profond mécontentement lorsque les représentants du gouvernement défendaient la réforme et ses modes d'incitation :

⁴⁷⁸ Atilla ÖDÜNÇ, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁴⁷⁹ Necdet İPEKYÜZ, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 105, 18 juillet 2019.

⁴⁸⁰ Sasha ISSENBERG, **Outpatients: The Astonishing New World of Medical Tourism**, New York : Columbia Global Reports, 2016, p. 95.

(...) J'ai été horrifié. On parle de tout en dollars, "*l'argent viendra, l'argent viendra*". (...) Bien sûr, si ceux qui viennent ici de l'étranger veulent recevoir des services, ces services peuvent être fournis, mais nous devons donner la priorité à nos citoyens. (...) Alors qu'Ahmet et Mehmet s'attendent à un meilleur service, ils disent : "*Nous opérerons George et Hans. Nous les opérerons pour 15.000 USD et nous donnerons 50 % au médecin.*" (...) Si vous offrez une opportunité de gagner des dizaines de milliers d'USD, comment allez-vous garder ce médecin dans le secteur public ? (...) M. le sous-secrétaire a ajouté une autre phrase : "*USHAŞ passera des accords.*" En d'autres termes, une société par actions conclura des accords, fera venir des patients d'Ukraine, de Londres, d'ici et d'ailleurs, et Ahmet et Mehmet attendront ; "*Que ce patient reçoive son traitement, et que je puisse avoir mon tour pour que je puisse aussi me faire opérer.*" (...) ⁴⁸¹

Lorsqu'il prit la parole une seconde fois, Paylan tenta de démontrer les failles de ce système dual à travers les inconvénients avérés du système américain :

(...) Quel est le pays qui détient la plus grande part de ce que l'on appelle le tourisme de santé dans le monde ? Pour autant que je sache, les États-Unis d'Amérique (...) il y a de très bons hôpitaux là-bas, et ils paient des sommes énormes, mais des citoyens américains ne peuvent pas payer ces sommes (...) 200 millions de citoyens américains ne peuvent pas bénéficier de ce service, (...) bien qu'il existe de très bons hôpitaux universitaires et que les meilleurs médecins du monde s'y rendent. Pourquoi ? Parce que les médecins gagnent 50.000 USD, 100.000 USD. Certains médecins gagnent jusqu'à 2 millions USD par an, mais ils servent les riches du monde entier. Si vous établissez ce système en Turquie, vous servirez les riches du monde, mais les pauvres Oncle Ahmet et Oncle Agop n'obtiendront pas un bon service, et vous établirez un système encore plus commercialisé. C'est un mauvais ordre, mes amis. Il est de la responsabilité de ce Parlement de protéger les droits d'Ahmet et de Mehmet. (...) ⁴⁸²

Quelques mois plus tard, à l'occasion des débats sur le budget du ministre de la Santé, Paylan s'adressa au ministre pour lui demander d'évaluer les conséquences de cette loi adoptée. Il souhaitait savoir si les opérations des locaux étaient toujours pratiquées par les mêmes professeurs, dans les mêmes délais et avec les mêmes soins, sans avoir de retour concret et factuel. ⁴⁸³

6.2.3. Augmentation des coûts d'accès aux soins

Le tourisme médical met non seulement à rude épreuve les ressources sanitaires du pays d'accueil en attirant un grand nombre de patients étrangers et en créant un système de santé à deux vitesses, mais il entraîne également des conséquences

⁴⁸¹ Garo PAYLAN, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁴⁸² **Ibid.**

⁴⁸³ Garo PAYLAN, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 2, Séance : 75, 13 novembre 2018.

négatives sur la disponibilité des soins pour les populations locales, notamment en augmentant les coûts de santé.

L'impact sur les tarifs de santé se manifeste par quatre mécanismes principaux. Premièrement, la déséconomie d'échelle peut survenir lorsque l'augmentation de la demande entraîne des coûts unitaires plus élevés. Deuxièmement, les prix des soins peuvent être ajustés pour répondre à la demande accrue générée par le tourisme médical. Troisièmement, des frais supplémentaires spécifiques au tourisme médical, tels que les coûts de gestion des patients internationaux et les efforts de marketing, peuvent accroître les tarifs. Enfin, la réorganisation de l'offre médicale pour satisfaire les besoins des touristes peut modifier la disponibilité et le coût des soins pour la population locale.

6.2.3.1. Déséconomie d'échelle

Comme indiqué à la section 6.1.3., le coût associé à la production d'unités supplémentaires diminue généralement au début de la production, ce qui explique pourquoi le rendement augmente au début. Cependant, la situation se complique lorsque les capacités de production atteignent leurs limites. Lorsque le tourisme médical se développe dans un pays dont la capacité médicale est déjà optimale ou en situation de surexploitation, les effets négatifs peuvent être significatifs. La figure 6.2 illustre ce phénomène, montrant que lorsque le niveau de production passe de Q_0 à Q_y , la courbe CMLP entre dans une phase de déséconomie d'échelle, entraînant une augmentation du coût moyen.

C'est pourquoi, du point de vue de l'efficacité économique, il est crucial de ne pas dépasser le seuil de production optimal, un aspect souligné par le député Garo Paylan (HDP) qui questionnait la construction d'hôpitaux urbains en déclarant : « *Y a-t-il un autre pays dans le monde qui construit des hôpitaux à cette échelle ? Y a-t-il des exemples de constructions d'hôpitaux avec 2.000, 3.000 ou 5.000 lits dans le monde de 2018, à l'exception des pays du tiers monde ?* ». Paylan invitait ainsi à réfléchir sur la pertinence d'une approche de construction à très grande échelle, qui semble exister nulle part ailleurs que la Turquie.⁴⁸⁴

⁴⁸⁴ Ibid.

À cet égard, le discours de Sefer Aycan (MHP), dans lequel il présentait des arguments détaillés sur l'optimalité des hôpitaux, met en lumière cette problématique de manière frappante. Après avoir exposé des données scientifiques, Aycan soulignait que l'approche gigantesque des hôpitaux urbains impose une lourde charge en gestion. Contrairement aux discours dominants, il affirmait qu'il est irréaliste de couvrir à la fois le loyer et les dépenses courantes de l'hôpital avec le fonds renouvelable, et même difficile de couvrir uniquement les dépenses courantes. Il insistait sur le fait que considérer les hôpitaux comme des entreprises devant générer des revenus pour payer leur loyer et couvrir leurs coûts de fonctionnement est déraisonnable. Enfin, il concluait son discours, retranscrit ci-dessous, en soulignant que c'est précisément pour cette raison qu'il ne faut pas s'engager dans des activités inutiles telles que le tourisme médical :

(...) Nous commettons également des erreurs dans la construction des hôpitaux. (...) Avons-nous besoin de lits d'hôpital en Turquie ou d'hôpitaux ? Selon les calculs, il semble y avoir un manque de lits d'hôpital, mais il y a un taux de remplissage des lits que nous examinons ; en Turquie, ce taux est de 68 %. On dit que : *"Pour qu'un lit d'hôpital soit utilisé de manière efficace, le taux de remplissage optimal doit être de 80 %."* Autrement dit, si le taux de remplissage est inférieur à 80 %, l'hôpital n'est pas efficace. (...) Comment prenons-nous ces décisions ? (...) En outre, on dit que : *"Le nombre optimal pour un hôpital est de 400 lits. Les hôpitaux de 300 à 400 lits sont les plus optimaux. Un hôpital avec plus de 400 lits n'est pas correct du point de vue de la gestion."* Mais nous construisons des hôpitaux beaucoup trop grands. Par exemple, un hôpital que nous avons construit dans une ville a 3.500 lits. Bien que nous ajoutions 3.500 lits, nous fermons également 6 hôpitaux. En fermant ces 6 hôpitaux, en fait nous n'augmentons pas la capacité des lits. Bien sûr, nous construisons aussi des hôpitaux de très grande taille, dépassant la taille optimale. On dit que : *"La taille optimale est de 160 à 170 m² par lit."* Même aux États-Unis, la taille est de 190 m² par lit, mais dans les nouveaux hôpitaux que nous construisons, la superficie est de 300 m². (...) ⁴⁸⁵

En effet, comme expliqué précédemment lorsque les hôpitaux atteignent une taille excessive, ils perdent les avantages des économies d'échelle pour entrer dans la phase de déséconomie d'échelle, où chaque unité supplémentaire augmente les coûts moyens. Cette situation engendre divers défis, tels que la gestion des conflits d'horaires, l'accumulation des ordures et les problèmes logistiques. De plus, l'allocation inefficace des ressources compromet l'accès aux soins pour les résidents locaux, les ressources rares étant détournées vers le tourisme médical. Cette inefficacité réduit la qualité des soins pour la population locale, aggrave les inégalités

⁴⁸⁵ Sefer AYCAN, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 38, 20 décembre 2018.

en matière de santé et nuit à l'économie du pays, tout en entravant les objectifs de santé publique.⁴⁸⁶

Ces défis liés aux infrastructures surdimensionnées avaient été en partie soulignés par le député Ali Mahir Başarır (CHP).⁴⁸⁷ Après avoir mentionné la fuite des cerveaux des médecins remplacés par des médecins syriens, Başarır critiquait les hôpitaux avec un brin de sarcasme, en soulignant que les patients devaient utiliser des voiturettes de golf et un GPS pour se déplacer entre les unités.⁴⁸⁸ Contrairement à Başarır, la députée Sibel Yiğitalp (HDP) ne faisait pas preuve de sarcasme lorsqu'elle critiquait les hôpitaux urbains, les décrivant comme transformés en centres commerciaux avec des corridors et des chambres gigantesques, rendant l'accès si difficile que des numéros étaient attribués aux corridors avec la note : « Si vous vous perdez, veuillez appeler ce numéro. ».⁴⁸⁹

6.2.3.2. Ajustement des prix

L'afflux de patients internationaux fortunés pousse les établissements de santé privés à privilégier ces traitements rentables au détriment des soins de base pour les résidents locaux. Même si le tourisme médical peut réduire les tarifs dans certaines spécialités, comme il a été vu avec la dentisterie à Sopron, en puisant les facteurs de production limités il entraîne également une hausse des coûts en raison d'une demande supplémentaire. Effectivement, cette demande accrue entraîne une augmentation des coûts de production, y compris sur les salaires du personnel médical dans sa globalité.

Au fur et à mesure que le tourisme médical s'impose, les établissements de santé privés tendent à adapter une tarification destinée au tourisme médical. Cette tendance exerce une pression sur l'ensemble des coûts de soins de santé entraînant une hausse générale des tarifs pour tous les patients. En conséquence, l'essor du tourisme médical

⁴⁸⁶ Deniz A. TUGAY, İpek C. BERBER et Yasemin AKBULUT, **Hastane Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Etkileri Üzerine Değerlendirme**, 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 10 Eylül 2013.

⁴⁸⁷ Il est important de noter que Başarır est député de Mersin, la ville où le premier hôpital urbain a été officiellement inauguré en 2017. www.saglik.gov.tr/TR-13297/turkiyenin-ilk-entegre-sehir-hastanesi-acildi.html

⁴⁸⁸ Ali Mahir BAŞARIR, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 17, 14 novembre 2018.

⁴⁸⁹ Sibel YİĞİTALP **op. cit.**

peut entraîner des coûts de santé plus élevés et pourrait ainsi avoir un impact néfaste sur l'abordabilité des soins de santé pour les couches sociales les plus défavorisée mais aussi de la classe moyenne, compromettant potentiellement l'équité et l'efficacité du système de santé national.

À cet égard, la députée Hülya Güven (CHP) exprimait déjà en 2014, en faisant référence aux objectifs en matière de tourisme de santé, que les citoyens grecs bénéficiaient de traitements moins chers que les citoyens turcs. Elle avait également souligné que les frais médicaux pouvaient être trois fois plus élevés pour ceux qui avaient une dette envers l'organisme de sécurité sociale.⁴⁹⁰

Par ailleurs, cette augmentation tarifaire est également exacerbée par les caractéristiques particulières de l'industrie médicale. En effet, l'élasticité de l'offre dans ce secteur est généralement faible, ce qui signifie que l'offre de services médicaux ne varie pas de manière significative en réponse aux fluctuations des prix. Cette faible élasticité s'explique par plusieurs facteurs, tels que la nécessité de maintenir des normes élevées de qualité, la rareté du personnel qualifié, et les coûts fixes élevés liés aux investissements dans les infrastructures et l'équipement. Par conséquent, puisque dans l'immédiat, il n'est pas toujours possible d'augmenter la capacité d'offre tout en gardant la stabilité des prix pour répondre à cette nouvelle demande, l'effet de la croissance de la demande engendré par le tourisme médical sur les tarifs médicaux devient inévitable et crée une pression inflationniste, surtout à court terme.

Enfin, il est important de préciser que même si l'augmentation des tarifs des soins de santé constitue une source de revenus supplémentaire pour les prestataires de soins de santé, elle pèse inévitablement sur les patients locaux qui doivent faire face à des coûts médicaux exorbitants.

6.2.3.3. Coûts associés à la promotion du tourisme médical

La réorganisation de l'offre médicale induite par le tourisme médical entraîne des frais supplémentaires notables pour les établissements de santé. Afin de répondre aux exigences des patients internationaux, ces établissements doivent se conformer à

⁴⁹⁰ Hülya GÜVEN, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 14, 13 novembre 2014.

une multitude de normes de qualité. Bien que ces normes aient le potentiel d'améliorer l'offre médicale, elles engendrent des coûts importants, tels que l'acquisition de l'accréditation JCI, qui coûte environ 46.000 USD, auxquels s'ajoutent d'autres frais annexes, comme détaillé à la section 3.4.1.

En parallèle, en raison de la concurrence mondiale féroce et une pression croissante pour la commercialisation des services de santé, les hôpitaux et les cliniques desservant une clientèle internationale se retrouvent souvent contraints d'entreprendre des améliorations d'infrastructure, de concevoir des stratégies de marketing affirmées. Par ailleurs, afin de se démarquer et attirer une clientèle internationale, les établissements investissent considérablement dans des campagnes de communication et publicitaire supplémentaires et d'assumer les frais y afférant. De plus, une part importante du budget du ministère de la Santé est consacrée à la promotion du tourisme médical, augmentant encore les frais associés à cette réorganisation. Ces dépenses, bien que visant à améliorer la qualité des soins et à attirer des patients étrangers, contribuent également à une augmentation des coûts pour les soins de santé locaux.

D'autre part, la croissance du tourisme médical peut entraîner une augmentation des investissements dans l'infrastructure médicale sans pour autant améliorer efficacement l'accessibilité des soins pour la population locale. En effet, le développement rapide des technologies médicales a déjà engendré, selon l'expression de White⁴⁹¹, une « course à l'armement médical » entre les hôpitaux, une tendance qui semble se renforcer avec l'émergence du tourisme médical (cf. section 3.3.). Cependant, ces nouvelles technologies sont non seulement plus coûteuses que les anciennes, mais elles sont aussi souvent utilisées de manière excessive et inutile, en particulier en l'absence de contrôles adéquats, comme l'illustre la situation des appareils d'IRM en Turquie. De plus, la nécessité de former et d'employer du personnel technique pour utiliser et entretenir ces équipements accentue le problème de l'épuisement des ressources médicales, tel que traité à la section 6.2.1.⁴⁹²

⁴⁹¹ Joseph WHITE, **Competing Solutions | American Health Care Proposals and International Experience**, Washington D.C : Brookings Institution, 1995, p. 7 et 54, cité par Tuba AĞARTAN, 2007, **op. cit.**, 46.

⁴⁹² Tuba AĞARTAN, 2007, **op. cit.**, 46.

L'équipement des hôpitaux avec des technologies de pointe est crucial pour attirer des médecins renommés. Étant donné qu'une équipe médicale puissante est primordiale pour les établissements de tourisme médical, ces derniers investissent massivement dans des équipements avancés, entraînant des coûts élevés. Cette pratique a le potentiel de conduire à des doublons dans l'infrastructure médicale, avec l'achat et le stockage d'équipements peu utilisés, souvent sans tenir compte de leur capacité réelle. Par ailleurs, le recrutement excessif de main-d'œuvre, dépassant les seuils d'optimalité, contribue également à l'augmentation des coûts des services de santé.⁴⁹³ D'autre part, bien qu'il soit essentiel que les établissements de santé fonctionnent à une échelle optimale, les recherches montrant que la diversité des services proposés influence la perception des patients pourraient dissuader les investisseurs de maintenir une production à ce niveau optimal, entraînant ainsi des coûts moyens supérieurs à ceux considérés comme idéaux.⁴⁹⁴

Il est essentiel de mettre en évidence un aspect clé des investissements générés par le tourisme médical et réalisés pour son propre développement. Comme il a été exposé précédemment, afin de tirer pleinement parti du potentiel lucratif du tourisme médical et d'optimiser leurs revenus, les prestataires de soins de santé doivent supporter des charges financières supplémentaires. Bien que ces dépenses aient un but économiquement légitime, il est évident qu'à court terme elles imposent inévitablement des surcoûts au détriment des investissements destinés à la population locale. Cela devient encore plus grave si ces dépenses ne fournissent pas un retour sur investissement (ROI) favorable correspondant à une rentabilité efficace. C'est pourquoi, afin d'évaluer convenablement l'impact du tourisme médical et l'efficacité de ses dépenses, il est indispensable de comparer les dépenses financières avec les retombés de ces dépenses en calculant le ROI des dépenses en question.

6.2.3.4. Coûts dus à la réorganisation de l'offre

La désertification médicale causée par le tourisme médical conduit à une concentration accrue des centres médicaux dans les villes ciblées par ce secteur. Cette

⁴⁹³ Emine BİLGİLİ et Eyyüp ECEVİT, Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), Avril 2008, p. 216.

⁴⁹⁴ Ramazan AKSOY et Vecdi BAYRAMOĞLU, Sağlık işletmeleri için kurumsal imajın temel belirleyicileri: Tüketici değerlemeleri, *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(7), 2008, pp. 90-92.

concentration géographique crée une distance importante entre les centres de soins et les populations résidant dans les régions éloignées. En conséquence, les patients doivent supporter des frais supplémentaires pour le transport, l'hébergement et le temps nécessaire pour accéder aux soins. Non seulement cela alourdit le coût des soins pour les résidents locaux, mais cela exacerbe également les inégalités d'accès aux services médicaux, compromettant ainsi l'équité et l'efficacité du système de santé dans son ensemble.⁴⁹⁵

L'augmentation des coûts d'accès aux soins de santé, résultant de la réorganisation de l'offre médicale, est donc étroitement liée à la désertification médicale. Pour une meilleure compréhension de cette problématique, il est conseillé de se référer aux déclarations mentionnées dans la section 6.2.2., qui ne seront pas répétées ici.

Il reste néanmoins pertinent de mentionner d'autres exemples, comme celui du député Sait Dede (HDP), qui critiquait la construction des hôpitaux urbains éloignés des zones d'habitation, entraînant ainsi la fermeture des établissements situés en centre-ville. Cette situation aurait causé une grande détresse économique et sociale pour les citoyens. Dede soulignait qu'au moment où le président de l'AKP affirmait : *« Nous comblerons notre déficit en matière de tourisme saisonnier avec le tourisme de santé (...) L'intégration de tous ces hôpitaux avec le transport aérien créera une explosion du tourisme de santé »*, il y avait toujours une pénurie d'ambulances terrestres et aériennes à Hakkâri.⁴⁹⁶

De la même manière, le député Sefer Ayca (MHP) mettait en lumière les perturbations dans les services de médecine familiale, notamment dans les zones rurales, où environ 30 % de la population vivait encore dans des villages. Il soulignait que des problèmes survenaient pour fournir des services de traitement dans ces zones, et que les personnes malades dans les villages devaient se rendre au centre du district, ce qui constituait un grave problème.⁴⁹⁷

⁴⁹⁵ Robert GREENBERG et al., Referral of Lung Cancer Patients to University Hospital Cancer Centers | A Population-Based Study in Two Rural States, **Cancer**, Vol. 62, octobre 15, 1988, pp. 1647-1652.

⁴⁹⁶ Sait DEDE, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 104, 16 juillet 2021.

⁴⁹⁷ Sefer AYCAN, (14 décembre 2019), **op. cit.**

Quant au député Muharrem Işık (CHP), il exprimait ses inquiétudes à deux reprises, avec un an d'écart. D'abord, il critiquait lui aussi la stratégie du gouvernement de concentrer les établissements de santé dans certaines zones éloignées, à 40, 50 ou 60 kilomètres des patients qu'ils doivent servir. Il illustrait cette problématique par la comparaison entre Erzurum, qui avait bénéficié d'un hôpital de mille lits, et Erzincan (sa circonscription, ndlr), où les hôpitaux fonctionnaient à 114 % de leur capacité après la fermeture de plusieurs établissements.⁴⁹⁸ Un an plus tard, il insistait sur la nécessité de maintenir tous les hôpitaux ouverts et d'évaluer leur nécessité avec la population. Il avertissait que la fermeture d'établissements pourrait rendre le système de santé entièrement payant et critiquait la tendance à privilégier des services d'hôtellerie dans les nouveaux hôpitaux régionaux. Enfin, il mettait en garde contre l'implication croissante de capitaux étrangers dans le tourisme de santé, craignant une future privatisation des institutions de santé.⁴⁹⁹

Le député Özgür Özel, actuel président du CHP, principal parti d'opposition, pointait du doigt la motivation pécuniaire sous-jacente à la réorganisation de l'offre médicale. Dans son allocution il se référait aux affirmations du gouvernement selon lesquelles la création d'hôpitaux urbains n'augmentait pas la capacité d'accueil de l'offre médicale, et critiquait cette initiative qui visait selon lui en réalité à démanteler les hôpitaux existants pour construire de nouvelles installations dans des zones périphériques moins recherchées, comme moyen d'acquérir des terres de valeur.⁵⁰⁰

Le discours du député Ali Şeker (CHP), exprimé avec une pointe de sarcasme mais sur un ton vif, mettait en lumière le choix d'emplacement des hôpitaux urbains comme étant complètement déconnecté de toute logique de subsidiarité et créant ainsi une augmentation du coût d'accès aux soins de santé généré par la réorganisation de l'offre médical :

(...) Alors, où ont été construits ces hôpitaux ? Ils sont bénéfiques pour le tourisme urbain. Vous savez, ils ont été annoncés *"Pour le tourisme, pour le tourisme de santé."* Et bien à Bursa, on ne peut se rendre à l'hôpital qu'en taxi, il n'y a pas de transport en commun. J'ai vérifié sur Google pour voir si cela avait changé, malheureusement, ce n'est pas le cas. Le choix des emplacements est erroné. Si vous construisez cet hôpital en dehors de la ville, le coût d'accès aux soins augmentera ; les chances de survie en cas d'urgence, comme une crise cardiaque ou un traumatisme, diminueront ; les patients chroniques abandonneront les visites à l'hôpital, ce qui entraînera un coût plus élevé pour la société.

⁴⁹⁸ Muharrem IŞIK, (14 mars 2013), **op. cit.**

⁴⁹⁹ Muharrem IŞIK, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 93, 27 mai 2014.

⁵⁰⁰ ÖZGÜR ÖZEL, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 69, 21 février 2013.

De plus, il est impossible d'atteindre ces hôpitaux en cas de tremblement de terre ou de situation similaire, ils deviennent alors inutiles. Ces hôpitaux doivent être expropriés dès que possible. (...) Assez maintenant ! (...) ⁵⁰¹

En effet, la notion de subsidiarité s'applique également à l'organisation de l'offre médicale et consiste à décentraliser les services de santé pour les rapprocher des besoins locaux, afin d'éviter que leur coût n'augmente pour la population. Cela implique de déterminer le niveau territorial le plus approprié pour chaque intervention, en n'autorisant des interventions plus larges que si elles sont plus efficaces que celles réalisées au niveau inférieur. Or, avec la propulsion du tourisme médical et son impact sur la concentration de l'offre médicale dans des hubs médicaux semble aller à l'encontre de cette logique, en augmentant les coûts et en réduisant l'accessibilité pour la population locale. La mise en œuvre du principe de subsidiarité dans le secteur des soins de santé pourrait réduire les déficits organisationnels de l'offre médicale en clarifiant le niveau de soins approprié pour le traitement des patients, tant en termes de qualité que de coûts. ⁵⁰²

6.2.4. Coût d'opportunité

Bien que les dépenses de santé soient généralement reconnues comme essentielles au progrès de la société, l'impact des investissements dans le tourisme médical sur la croissance et les externalités associées suscite des avis divergents. En effet, à la lumière du concept de coût d'opportunité, la discipline économique propose des perspectives variées, suggérant que l'investissement dans le tourisme médical pourrait s'avérer moins bénéfique pour la société que d'autres options. Les ressources allouées au tourisme médical pourraient en effet être investies de manière plus efficace dans des infrastructures de santé, offrant ainsi des bénéfices plus larges et durables.

À titre d'exemple, la situation de la ville de Sopron illustre bien ce cas. Pour rappeler, bien que 20 chirurgiens-dentistes suffisent pour répondre aux besoins en soins dentaires d'une ville de 50.000 habitants, Sopron dispose de 300 dentistes, soit un excédent de 280 chirurgiens-dentistes. Il serait pertinent de se demander si

⁵⁰¹ Ali ŞEKER, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 3, 12 novembre 2019.

⁵⁰² Dominique PELJAK, La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXI^{ème} siècle, **Gestion**, Vol.27, Éditions HEC Montréal, 2002/3, pp. 135-137.

l'excédent de personnel médical et les fonds alloués au secteur dentaire n'auraient pas pu être utilisés plus efficacement dans d'autres domaines de la santé, notamment dans un pays où les maladies cardiaques sont depuis longtemps la principale cause de décès. En effet, à l'hôpital Semmelweis, une régulation par quota limitant à environ 1.800 implants de pacemaker par an, due à l'épuisement des fonds publics, entraîne souvent une vacance de 20 % des lits dans le centre de cardiologie.⁵⁰³ Ce raisonnement illustre bien la notion de coût d'opportunité.

En effet, propriétaire d'un important centre de greffe de cheveux à Istanbul, le Dr Servet Terziler, utilisant la métaphore « Turkish Hairlines » pour exprimer le niveau remarquable du secteur, expliquait qu'en 2022, 1 million de touristes médicaux étaient venus en Turquie pour des greffes de cheveux, générant ainsi la moitié du chiffre d'affaires du tourisme médical du pays. En sa qualité de président de l'Association du Tourisme de Santé Turquie Terziler exprimait à travers ses propos comment le tourisme de greffe de cheveux exploite réellement le potentiel des ressources humaines médicales du pays en précisant qu'un centre de greffe de cheveux idéal recrute des médecins expérimentés ayant 15 à 20 ans d'expérience, dispose d'une infrastructure de soins intensifs sur place, et que les anesthésistes doivent être engagés afin de suivre les processus de greffe de cheveux.⁵⁰⁴

Sur la base des explications de Terziler, il est possible d'appréhender l'ampleur du coût d'opportunité représenté par les activités de tourisme médical, en particulier en ce qui concerne les ressources humaines médicales. Bien qu'il soit difficile de quantifier précisément les ressources allouées à ce secteur dans l'ensemble des infrastructures de santé, il est possible d'examiner les données révélatrices fournies par la Société Internationale de Chirurgie Plastique Esthétique (ISAPS).

Selon les données de l'ISAPS, la Turquie a réalisé 59.696 liposuccions en 2021, ce qui représente 3,1 % de toutes les liposuccions pratiquées dans le monde, faisant d'elle le 6e pays au niveau mondial en termes de volume de ces procédures. De même, la Turquie a effectué 2,3 % des chirurgies des paupières, 2,8 % des abdominoplasties,

⁵⁰³ Sasha ISSENBERG, *op. cit.* 64.

⁵⁰⁴ NTV, « **2022'de 1 milyon kişi Türkiye'ye saç ektirmeye geldi** », publié le 08 janvier 2023 et consulté le 12 février 2024 sur www.ntv.com.tr/saglik/2022de-1-milyon-kisi-turkiyeye-sac-ektirmeye-geldi,Li-l5PFy8UqN0co7SkAj7Q

2,9 % des augmentations mammaires et 3,1 % des injections de toxine botulique (Botox), se classant parmi les huit premiers pays au niveau mondial pour ces procédures. En outre, la Turquie a réalisé 68.029 rhinoplasties, représentant 6,8 % de toutes les rhinoplasties effectuées dans le monde, se classant ainsi au 3^{ème} rang mondial dans ce domaine, avec un nombre d'interventions supérieur à celui de l'Inde, du Mexique, de la Thaïlande et du Japon.

D'après les données de l'ISAPS, la Turquie a réalisé 59.696 liposuccions en 2021, soit 3,1 % du total mondial, la plaçant au 6^{ème} rang mondial en termes de volume de ces procédures. Elle a également effectué 2,3 % des chirurgies des paupières, 2,8 % des abdominoplasties, 2,9 % des augmentations mammaires et 3,1 % des injections de toxine botulique (Botox), se classant parmi les huit premiers pays pour ces procédures. En ce qui concerne les rhinoplasties, elle a réalisé 68.029 interventions, représentant 6,8 % du total mondial, et se positionne au 3^{ème} rang mondial, devant des pays comme l'Inde, le Mexique, la Thaïlande et le Japon.⁵⁰⁵

Étant donné que la Turquie a réalisé un nombre d'interventions esthétiques supérieur à celui de pays avec une population beaucoup plus importante, comme l'Inde, ainsi que par rapport à d'autres pays à la structure socio-économique comparable tels que le Mexique, la Colombie et la Thaïlande, il ne serait pas exagéré de conclure que bon nombre de ces procédures répondent non pas aux besoins de la population locale, mais à ceux du tourisme médical.

À cet égard, pour revenir au concept de coût d'opportunité, il est crucial de noter que l'investissement dans le tourisme médical se traduit par un choix qui alloue des ressources potentiellement utilisables dans d'autres secteurs. Toutefois, l'efficacité du tourisme médical peut être relativement moindre comparée à d'autres secteurs. Malgré cela, les gouvernements peuvent être tentés pour diverses raisons, de diriger des fonds publics vers des infrastructures destinées aux touristes médicaux. En plus de ne pas être l'option la plus appropriée pour la population locale, une telle stratégie peut

⁵⁰⁵ ISAPS, **ISAPS International Survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2021**, ISAPS, (s.d), pp. 31-32

également nuire au développement économique, car chaque niveau de production a un coût d'opportunité, c'est-à-dire la valeur de la meilleure alternative non choisie.⁵⁰⁶

Les ressources étant rares, chaque économie doit faire des choix fondamentaux concernant la production et la répartition des biens et services. En d'autres termes, investir dans le tourisme médical implique un coût d'opportunité, car les ressources utilisées pourraient autrement bénéficier à des secteurs plus stratégiques. Il est donc crucial d'optimiser l'allocation budgétaire en équilibrant les avantages du tourisme médical, tout en minimisant simultanément tout effet d'exclusion sur d'autres domaines importants, afin de maximiser les bénéfices économiques globaux.

Bien que cette perspective macroéconomique dépasse le cadre de cette étude, elle permet de réfléchir sur le bien-fondé des dépenses en tourisme médical. Celles-ci ne sont pas forcément les plus efficaces pour améliorer le capital humain à long terme, comparées à des investissements dans des domaines tels que la médecine préventive, où les bénéfices pour la société pourraient être plus importants.

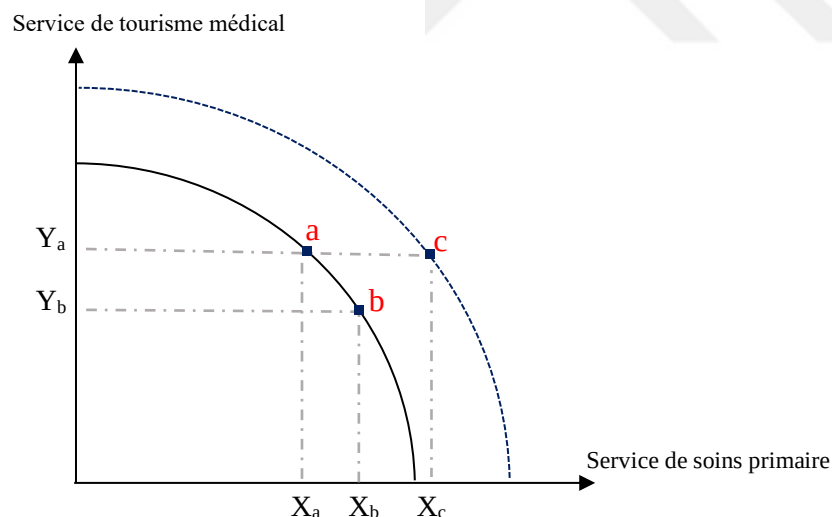


Figure 6.4 : Courbe des possibilités de production adaptée au secteur médical⁵⁰⁷

Source : Adapté par l'auteur depuis le schéma présenté dans Zeynel DİNLER, *İktisada giriş*, Bursa : Ekin Kitabevi Yayınları, 2000, p. 10.

⁵⁰⁶ Donald E. LUNDBERG, M. KRISHNAMOORTHY et Mink H. STAVENGA, *Tourism economics*, John Wiley & Sons, 1995, pp. 27-29.

⁵⁰⁷ Il est important de souligner qu'il s'agit d'une figure théorique et que l'ajustement de la courbe des possibilités au tourisme médical requiert une correction plus nuancée puisqu'il n'existe pas de relation à somme nulle absolue entre les activités de tourisme médical et les services de soins primaires. Toutefois cette nuance a peu d'impact dans le cadre de cette étude.

La figure 6.4 illustre la courbe des possibilités de production (CPP), représentant les différentes combinaisons de services médicaux qu'un pays peut produire avec les ressources disponibles. Un mouvement le long de la CPP montre l'échange entre la production de soins primaires et celle de services destinés au tourisme médical. Par exemple, lorsque l'économie choisit d'augmenter la production de tourisme médical, elle doit réduire la production d'autres services, comme les soins de santé préventifs, en raison de la rareté des ressources. Cela se traduit par un déplacement du point « b » au point « a » sur la courbe. La CPP permet d'analyser et de comparer la croissance du tourisme médical ($Y_a - Y_b$) ainsi que le coût d'opportunité ($X_b - X_a$), c'est-à-dire la valeur des services qui ne peuvent plus être produits en raison de cette réallocation des ressources. Ainsi, en investissant dans le tourisme médical, on crée un coût d'opportunité pour l'économie nationale en détournant des ressources qui pourraient autrement servir à des interventions préventives et à l'amélioration des soins de santé de base.

6.2.5. Infections nosocomiales

Bien que le tourisme médical puisse générer des externalités positives, comme expliqué à la section 6.1.4., il comporte également des risques d'externalités négatives, notamment l'augmentation des infections nosocomiales. L'afflux massif de patients internationaux peut exacerber ces risques d'infections contractées au sein des établissements de santé. En effet, les hôpitaux spécialisés dans les traitements pour les touristes médicaux peuvent voir une augmentation des charges de travail, des délais de traitement, et un stress accru sur les infrastructures et le personnel, compromettant ainsi les protocoles d'hygiène et de prévention.

Par exemple, des bactéries contenant l'enzyme « New Delhi métallo-bêta-lactamase 1 » (NDM-1) avaient été détectées dans des échantillons de flaques d'eau dans les rues de New Delhi, et même dans quelques échantillons d'eau du robinet. En cinq mois, 2.500 isolats NDM-1 positifs avaient été signalés dans les soins intensifs et 2.700 dans les services généraux du Sir Ganga Ram Hospital, un célèbre hôpital de New Delhi.⁵⁰⁸

⁵⁰⁸ Jean-Daniel BAUMGARTNER et Laurent CHRISTIN, Quelques nouveautés en maladies infectieuses, *Revue Médicale Suisse*, 2(323), 2012, pp. 32-35.

Cette découverte, réalisée par une équipe internationale composée d'une trentaine scientifiques, souligne la diffusion d'un gène bactérien ultra-résistant associé au tourisme médical. Les rapports ont montré une augmentation des cas d'infections nosocomiales dans certaines régions d'Inde et du Pakistan, liée à la surcharge des systèmes de stérilisation et des équipements due à l'augmentation rapide du nombre de touristes médicaux.⁵⁰⁹

L'enzyme NDM-1 inactivant les antibiotiques rend la guérison extrêmement difficile. Les scientifiques ont averti les autorités britanniques, conseillant au NHS de rester vigilant quant au tourisme médical, suggérant que les coûts pourraient dépasser les économies espérées. Bien que la réaction du NHS ne soit pas documentée, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) aux États-Unis avertissent strictement les citoyens des risques d'infection par des micro-organismes hautement résistants liés au tourisme médical.

Le potentiel de cette résistance est associé à l'enzyme NDM-1, qui inactive les antibiotiques et rend la guérison extrêmement difficile. En faisant référence à l'essor du tourisme médical des anglais vers l'Inde et le Pakistan, les scientifiques ont averti les autorités britanniques de la nécessité pour le NHS de rester vigilant vis-à-vis du tourisme médical, soulignant que les économies réalisées pourraient être contrebalancer par les coûts accrus de traitement.⁵¹⁰ Bien que les données concernant la réaction du NHS ne soient pas disponibles, d'autres organismes publics, tels que les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), avertissent strictement les citoyens américains des risques d'infection par des micro-organismes hautement résistants liés au tourisme médical.⁵¹¹

Une autre étude révélait que les unités de soins intensifs dans les pays en développement affichent des taux d'infection au moins trois fois plus élevés que ceux

⁵⁰⁹ Paul BENKIMOUN, **Des super-bactéries dans les valises du tourisme médical**, publié le 13 août 2010 et consulté le 18 décembre 2023 sur www.lemonde.fr/planete/article/2010/08/13/des-super-bacteries-dans-les-valises-du-tourisme-medical_1398660_3244.html

⁵¹⁰ Karthikeyan K KUMARASAMYA et al., Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological Study, **The Lancet Infectious Diseases**, 10(9), Septembre 2010, pp. 597-602.

⁵¹¹ CDC, **Medical Tourism: Travel to Another Country for Medical Care**, édition révisé le 1 juin 2023 et consulté le 22 décembre 2023 sur wwwnc.cdc.gov/travel/page/medical-tourism

des États-Unis. En plus de cela, de nombreuses destinations de tourisme médical sont situées dans des régions endémiques de paludisme, dengue, fièvre entérique, et autres infections, et présentent des taux élevés de résistance aux antibiotiques, d'hépatite B, d'hépatite C et de VIH. D'autres part, les produits sanguins dans les hôpitaux certifiés JCI sont censés être testés pour les pathogènes courants, mais pas nécessairement pour tous les agents spécifiques à la région. Par conséquent, des infections virales rares comme la dengue et le Nil occidental peuvent potentiellement être transmises par transfusion sanguine, puisqu'un dépistage systématique de ces virus n'est pas effectué en amont.⁵¹²

Le risque infectieux hospitalier, qui constitue un enjeu majeur de santé publique, est souvent étudié sous l'angle de son impact sur les patients. Pourtant les infections figurent parmi les principales causes de maladies professionnelles et de décès chez les travailleurs de la santé et c'est surtout cet aspect qui rentre dans l'objectif de cette recherche, plutôt que les répercussions sur les touristes médicaux. Par exemple, entre novembre 2002 et juillet 2003, les travailleurs de la santé représentaient 21 % des cas de SRAS signalés à l'OMS.⁵¹³

C'est pourquoi, même si les infections nosocomiales que subissent les patients bénéficient d'une grande visibilité sociale et médiatique, les risques pour le personnel médical ne doivent pas être sous-estimés. Ces infections peuvent également affecter les soignants, compromettant la qualité des soins et la sécurité dans les établissements de santé.⁵¹⁴ La littérature indique que le risque de transmission d'un personnel de santé contaminé à un patient est assez variable selon divers facteurs et que par exemple les risques de transmission du VIH et du VHC, dans le sens soigné-soignant et dans le sens soignant-soigné, seraient assez proches.⁵¹⁵ D'autres sources affirment même que

⁵¹² Lin H. CHEN et Mary E. WILSON, The globalization of healthcare: implications of medical tourism for the infectious disease clinician, **Clinical infectious diseases**, 57(12), 2013, p. 1753.

⁵¹³ Kent A. SEPKOWITZ et Leon EISENBERG, Occupational Deaths among Healthcare Workers, **Emerging Infectious Diseases**, Vol. 11(7), July 2005, pp. 1003-1008.

⁵¹⁴ Danièle CARRICABURU, Dominique LHUILIER et Véronique MERLE, Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital, **Santé publique**, volume 20, Supplément N° 3, Mai-Juin 2008, pp. 57-67.

⁵¹⁵ Florence LOT et Jean Claude DESENCLOS, Epidémiologie de la transmission soignant/soigné : risque lié au VIH, VHC et VHB, **Hygiènes**, n° 2, 2003/05, p. 99.

le risque de transmission du patient au soignant est plus élevé que celui du soignant au patient.⁵¹⁶

Cette problématique s'est amplifiée pour devenir un sujet de débat public avec la pandémie de Covid-19. A cet égard, la députée Candan Yüceer (CHP) dénonçait la situation des professionnels de santé, en soulignant leur vulnérabilité aux maladies. Elle déplorait que, malgré leur exposition accrue aux risques de maladie et de décès, ils se confrontent à une mentalité qui ne reconnaît pas le Covid-19 comme une maladie professionnelle, impose des conditions de travail difficiles et privilégie l'économie sur la santé, dévalorisant ainsi leur travail et détruisant les valeurs professionnelles.⁵¹⁷

Dès le début l'épidémie, la transmission nosocomiale du SRAS-CoV-2, affectant à la fois les patients non-Covid et le personnel, a été un facteur clé de propagation. Les hôpitaux se sont avérés des lieux à haut risque de circulation du virus, rendant essentielle la mise en place de mesures adéquates. Cependant, la détection précoce et le contrôle efficace des épidémies sont souvent entravés par des ressources limitées et des défis humains.⁵¹⁸

La nature périlleuse du tourisme médical et l'identification des patients comme une cohorte à haut risque avait soulevé des vives réactions de la part des parties prenantes lorsque le gouvernement avait décidé à une période assez critique de la pandémie d'autoriser l'arrivée de touristes médicaux afin de redynamiser cette industrie. Sinan Adıyaman, président du TTB à l'époque, avertissait qu'il est crucial d'arrêter immédiatement l'arrivée de touristes médicaux dans un pays avec un taux de reproduction de 1,56. Selon lui, l'introduction de patients étrangers et leur distribution dans les hôpitaux sera nuisibles pour la santé publique. Adıyaman critiquait le relâchement des mesures sanitaires en précisant que la précision des tests PCR était de seulement 55 à 60 % pour terminer ses propos de manière frappante en qualifiant

⁵¹⁶ Nikolaos YIANNAKOULIAS et al., Doctors, patients and influenza-like illness: clinicians or patients at risk?, **Public Health**, n°118, 2004, pp. 527–531.

⁵¹⁷ Candan YÜCEER, *op cit.*

⁵¹⁸ Laura TEMIME, « Contrôler la propagation du SRAS-CoV-2 en milieu de soins : apports de la modélisation », dans **Crise de la connaissance et connaissance de la crise. Les points de vue du Conservatoire national des arts et métiers** (éd. Laurent Cappelletti), EMS Editions, 2022, pp. 123-130.

l'arrivée des touristes médicaux comme des « bombes à retardement » pour les hôpitaux.⁵¹⁹

Ali Şeker (CHP), député et également chirurgien de profession estimait lui aussi qu'il n'est pas judicieux de prendre des décisions aussi tôt pour surmonter les problèmes liés au tourisme médical. Il exprimait que l'objectif d'un million de patients pendant la pandémie n'est pas réalisable, en déclarant :

(...) Ce qui est important ici, c'est d'éliminer le virus en termes de circulation internationale. Mais le danger persiste. Il est inacceptable de tirer parti du tourisme médical en détruisant les pistes de l'aéroport d'Atatürk. D'autre part, ces personnes commenceront-elles leur traitement après avoir passé 14 jours en quarantaine une fois arrivées dans le pays ? Cela ne semble pas très probable. De plus, dans une période où les gens sont préoccupés par leur santé, le tourisme médical, notamment les procédures esthétiques médicales comme la greffe de cheveux, est un secteur en forte croissance. La majorité des personnes qui viennent en Turquie dans ce domaine se font faire des greffes de cheveux. Il n'est pas logique de s'attendre à une forte demande de greffes de cheveux dans un processus où les gens mettent de côté leurs problèmes de santé graves. (...) ⁵²⁰

Quant au député Aytun Çıray (İYİ), également médecin de profession, jugeait cette décision prise pendant la pandémie inappropriée et prématurée. Les opinions de Çıray sur ce sujet sont les suivantes :

(...) Alors qu'il existe un risque d'une deuxième vague de Covid-19, utiliser les lits existants pour le tourisme médical pourrait mettre en danger des vies. De plus, nous ne pouvons pas déterminer avec certitude si ces personnes sont infectées. La fiabilité des tests PCR effectués en Turquie est déjà discutée. Une décision prise dans une telle période est inappropriée et prématurée. Ils ont clairement besoin d'argent, alors ouvrons les portes à tout le monde. (...) ⁵²¹

Compte tenu de tous les facteurs examinés, il ressort clairement que le tourisme médical, en attirant des individus de divers horizons, a le potentiel de devenir un vecteur d'épidémies, compromettant ainsi les avantages pour les pays hôtes. Cette conclusion est corroborée par une étude récente sur le tourisme médical en Turquie, ses défis, obstacles, menaces et opportunités. L'étude révèle que le risque de maladies infectieuses est le danger le plus fréquemment mentionné, cité par 6 des 19 sondés, surpassant ainsi les préoccupations concernant l'immigration incontrôlée, mentionnée

⁵¹⁹ Müzeyyen YÜCE, **TTB'den uyarı: Sağlık turizmi hemen durdurulmalı**, mise en ligne le 19 mai 2020 et consulté le 23 janvier 2024 sur www.gazeteduvar.com.tr/gundem/2020/05/19/ttbden-uyari-saglik-turizmi-hemen-durdurulmali

⁵²⁰ Ibid.

⁵²¹ Ibid.

par 4 sondés, et les temps d'attente prolongés pour les patients locaux, mentionnés par seulement 3 sondés.⁵²²

Bien que l'étude de terrain ait été réalisée en 2020, en pleine crise du Covid, ce qui invite à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats, elle demeure significative. En effet, les critères de sélection des participants exigeaient une expérience minimale de 36 mois dans le domaine du tourisme médical en Turquie. Parmi les six participants ayant exprimé des inquiétudes concernant les risques d'infections liés au tourisme médical se trouvent des responsables du tourisme médical dans le secteur public, des directeurs généraux d'entreprises privées, des directeurs d'hôpitaux privés, ainsi que des responsables des services aux patients/tourisme médical dans des hôpitaux privés, ainsi qu'un directeur adjoint d'hôpital privé et un directeur d'agence de tourisme.

6.2.6. Vulnérabilité et précarité

L'élaboration de politiques de santé publique est une entreprise difficile en raison des caractéristiques intrinsèques du secteur de la santé. L'imprévisibilité des besoins de santé, le niveau élevé d'incertitude et le processus décisionnel des patients fortement altérée par une asymétrie d'information contribuent tous à la complexité de la planification dans ce domaine. Cette mise en contexte démontre bien que les mécanismes de marché traditionnels, tels que la réglementation par le prix, ne sont pas bien adaptés pour relever ces défis, d'autant plus que la demande et l'offre de services de santé présentent une faible élasticité.⁵²³

En conséquence, ces particularités soulignent non seulement la nécessité d'une intervention étatique pour prévenir une production insuffisante ou inefficace de soins, mais aussi la nature complexe de l'organisation de l'offre de soins. Les défis liés à la planification sectorielle révèlent également que, pour les autorités responsables de la santé publique, l'ajout de facteurs d'imprévisibilité et d'un contexte instable

⁵²² Yetkin GÜRVARDAR, *Türkiye’de sağlık turizmine yönelik uygulamaların paydaş görüşleri ile değerlendirilmesi*, thèse de doctorat, Ankara : Hacettepe Üniversitesi, 2022, pp. 219-222.

⁵²³ Gilles BRUCKER, Julien RIOU et Sabine FERRAND-NAGEL, *Santé publique et économie de la santé* », Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013, pp. 57-69.

exacerberait la complexité de la planification, déjà confrontée aux incertitudes inhérentes au secteur.

Partant de ce constat, il est impératif de souligner les implications potentielles du cadre complexe du tourisme médical sur la formulation des politiques de santé. Bien que ce secteur puisse stimuler des investissements dans l'infrastructure médicale, ces investissements sont soumis à une précarité potentielle en raison de leur vulnérabilité aux défis divers tels que les relations internationales et les conjonctures politiques. Par exemple, comme démontré à la section 4.3., l'industrie du tourisme médical américain a été fortement impactée après les événements du 9/11, modifiant le flux des touristes médicaux arabes au profit de destinations telles que la Thaïlande et l'Allemagne, illustrant ainsi la vulnérabilité du tourisme médical face aux fluctuations de politique étrangère des pays.

Cette dépendance peut également être appréhender à travers le développement du tourisme médical à Sopron, où l'afflux de milliers d'Autrichiens traversant la frontière chaque week-end pour des soins dentaires stimule l'économie locale (cf. section 6.1.3.). Dans l'hypothèse de l'adoption d'une politique autarcique résultant une désintégration avec l'UE par le pays d'Orbán, il n'y a aucun doute que l'un des impacts immédiats sera sur l'infrastructure médicale, qui s'est adaptée pendant des années à la demande croissante du tourisme médical, principalement en provenance des pays européens.

Bien que cette conclusion ait été tirée sur la base d'une supposition, l'impact potentiel du processus du Brexit sur l'hôpital de Calais, fréquenté par un nombre important de touristes médicaux britanniques, avait été un sujet de réflexion sérieuse au cours de cette période. Il a été établi que le tourisme médical en question ne serait pas impacté, car le contrat de l'hôpital avec les autorités britanniques reposait sur des relations bilatérales plutôt que sur une coopération au sein de l'UE.⁵²⁴

D'autres exemples pourraient être présentés, mais pour des raisons de concision, seuls quelques cas seront brièvement évoqués avant de se concentrer davantage sur la Turquie. Par exemple, lors de la crise liée à l'archipel des Senkaku entre Pékin et

⁵²⁴ Solveig GODELUCK, [Le filon du tourisme médical (...)] **op. cit.**

Tokyo, de violentes manifestations antijaponaises avaient eu lieu dans plusieurs villes chinoises, suscitant des inquiétudes parmi les experts japonais. Ils craignaient que le tourisme médical japonais, dont le potentiel est estimé à 7 milliards USD, soit affecté. Ils exprimaient ainsi leurs craintes de la manière suivante : « *Cela va certainement avoir un impact sur le tourisme médical. Le conflit pourrait durer plus longtemps que ne le pensent les Japonais. Nous verrons au début de l'année prochaine combien de Chinois reviennent* ». Ils ont suggéré que le Japon devrait développer son tourisme médical en mettant en place une organisation spécifique, un système de visas spéciaux, des traducteurs, et en entretenant de bons rapports avec les voisins, notamment les Chinois.⁵²⁵

Un autre exemple est celui du tourisme médical tunisien. À l'instar de l'effet des attentats du 9/11 sur le tourisme en Thaïlande, les attentats de Lockerbie en 1989 avaient déclenché un essor du tourisme de santé en Tunisie. L'embargo onusien imposé à la Libye avait poussé un grand nombre de Libyens à se rendre en Tunisie pour recevoir des soins.⁵²⁶ L'impact d'un embargo est également évident dans le cas du tourisme médical cubain. Malgré un potentiel important, Cuba souffre de l'embargo américain, perdant ainsi un marché crucial au profit d'autres destinations régionales comme le Mexique, le Costa Rica et la Colombie. De même, le tourisme médical iranien est également affecté par des restrictions économiques et politiques.⁵²⁷

Pour illustrer l'importance de la situation politique et géopolitique d'un pays en tant que facteur déterminant dans le choix d'une destination de tourisme médical, l'hypothèse de l'adhésion de la Turquie à l'UE et au système Schengen peut être examinée. Dans un tel scénario, la Turquie bénéficierait de la Directive européenne sur les soins transfrontaliers, qui permet le remboursement des soins de santé dans un autre pays membre de l'Union. Cela conférerait à la Turquie un avantage significatif par rapport à des pays comme la Hongrie, la Bulgarie ou la Pologne, tout en ayant un impact négatif sur le tourisme médical de ces pays.

⁵²⁵ CNEWS, **Le tourisme médical en plein boom au Japon**, publié le 21 octobre 2012 et consulté le 7 janvier 2024 sur www.cnews.fr/economie/2012-10-21/le-tourisme-medical-en-plein-boom-au-japon-182932

⁵²⁶ Jean Mehdi CHAPOUTOT, **op. cit.** 23.

⁵²⁷ Ian YOUNGMAN, **Sanctions and travel restrictions still in place**, Laing Buisson, mise en ligne le 14 avril 2016 et consulté le 19 février 2024 sur www.laingbuissonnews.com/imtj/news-santj/sanctions-and-travel-restrictions-still-in-place/

Cependant, au revers de la médaille, si la Turquie devait s'intégrer au système Schengen, cela pourrait conduire le pays à améliorer ses politiques de visa et de migration, ce qui aura comme conséquence de rendre plus difficile l'accès à la Turquie pour les touristes médicaux en provenance de pays comme la Russie, l'Azerbaïdjan ou la Libye. Cette situation aura le potentiel de profiter à d'autres pôles de tourisme médical de la région, comme Dubaï ou la Tunisie. En fin de compte, ce scénario pourrait entraîner des conséquences négatives pour l'industrie turque du tourisme médical, compte tenu notamment de la composition actuelle des touristes médicaux visitant la Turquie (cf. tableau 4.2.).

Bien que l'adhésion de la Turquie au système Schengen ne soit pas utopique, comme mentionné, il s'agit d'une situation hypothétique. Pour illustrer les défis auxquels le tourisme médical turc a été confronté, il est pertinent de se tourner vers des exemples concrets.

En octobre 2015, lorsqu'un avion militaire russe avait violé l'espace aérien turc, une crise russo-turque avait éclaté, suscitant des inquiétudes concernant l'impact sur le tourisme. En réponse, la Turquie avait élaboré un « Plan d'Urgence Touristique 2016 » pour atténuer les effets de cette crise. Les déclarations exprimées à cette occasion, du Dr Bandar Fahad Al-Fehaid, président de l'Union Arabe du Tourisme, revêtent un intérêt particulier pour cette recherche :

(...) Nous ne resterons pas indifférents aux décisions prises par la Russie après l'incident de l'avion en Turquie. (...) La Turquie est non seulement dotée d'une infrastructure touristique de qualité, mais elle est également très performante dans le domaine du tourisme de santé. Je pense que les Arabes afflueront également en Turquie pour le tourisme de santé. (...) Nous travaillons à améliorer les relations entre les pays arabes et la Turquie et à attirer davantage de touristes arabes en Turquie. Nous avons discuté en détail de ce sujet avec Monsieur le Président et Monsieur le Premier Ministre. (...) ⁵²⁸

Pourtant, quelques années plus tard, une nouvelle crise allait émerger, cette fois-ci suscitant la colère des Arabes, en particulier de l'Arabie Saoudite. En effet, après le meurtre du journaliste Jamal Khashoggi au consulat saoudien à Istanbul en 2018, la tension politique entre Riyad et Ankara avait également commencé à affecter le secteur

⁵²⁸ TAKVİM, **Araplardan Rusya'ya rest!**, mise en ligne le 12 février 2016 et consulté le 28 janvier 2024 sur www.takvim.com.tr/ekonomi/2016/02/12/araplardan-rusyaya-rest

du tourisme. Même l'impact précis des appels au boycott lancés par l'Arabie Saoudite sur le tourisme médical ne soit pas clairement établi, il est noté que les annulations de réservations ont entraîné une diminution de 30 % du nombre de touristes saoudiens en Turquie par rapport à l'année précédente.⁵²⁹

Bien qu'il soit possible de multiplier les exemples, l'impact de ces volte-face dans la politique étrangère turque sur le tourisme médical illustre à quel point ce secteur repose sur des bases instables. Pourtant, le tourisme médical, en contraste avec cette réalité, étant un secteur de services fondé sur les préférences individuelles des patients, recherche de manière inhérente un environnement de stabilité et de confiance.

Le député Ersin Beyaz (İYİ) soulignait que la Turquie connaît une popularité croissante dans le tourisme de santé, notamment dans le domaine de la santé dentaire. Il expliquait les raisons de ce succès et son importance, tout en avertissant que si le secteur est négligé et que les mesures nécessaires ne sont pas mises en place, la Turquie pourrait perdre cet avantage au profit d'autres pays dans les années à venir.⁵³⁰

Bien que Beyaz ne se réfère pas explicitement à la vulnérabilité du tourisme médical, le discours du député Hayati Arkaz (MHP), qui est également médecin et propriétaire d'une chaîne hospitalière, met clairement en lumière l'impact potentiel des évolutions politiques sur le tourisme médical. Selon Arkaz :

(...) En 2019, près de 600.000 patients étrangers sont venus se faire soigner en Turquie. C'est une grande fierté et un grand honneur. Notre pays est désormais devenu le centre de santé de l'Asie et de l'Afrique, en particulier de l'Europe. (...) Il est nécessaire de promouvoir davantage le développement du tourisme de santé. Cependant, nous vivons dans une région importante entourée d'un cercle de feu. Malgré ces défis et les obstacles des traîtres à l'intérieur et à l'extérieur, nous avons accompli de grandes choses. Notre gouvernement, notre État et nos autorités touristiques exercent des responsabilités considérables. (...) En 2023, nous devons accueillir 2 millions de patients étrangers et viser un chiffre d'affaires de 20 milliards d'euros. (...) ⁵³¹

Dans le même esprit, mais avec une perspective différente, le député Özgür Özel (CHP) soulignait l'importance des relations diplomatiques et de l'image du pays pour

⁵²⁹ EURONEWS, **Kaşıkçı cinayeti sonrası Suudi Arabistan'dan boykot: Türkiye'ye gelen turist sayısı yüzde 30 düştü**, mise en ligne le 11 juillet 2019 et consulté le 12 avril 2024 sur <https://tr.euronews.com/2019/07/11/kasikc-cinayeti-sonras-suudi-arabistandan-boykot-turkiyeye-gelen-turist-sayisi-yuzde-30-d>

⁵³⁰ Ersin BEYAZ, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 21, 15 novembre 2023.

⁵³¹ Hayati ARKAZ, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 27, Volume : 27, Année législative : 3, Séance : 33, 14 décembre 2019.

le tourisme médical. Il expliquait que si un pays est perçu négativement en raison de la détention de figures comme Osman Kavala, de l'emprisonnement de journalistes et de la répression sévère des défenseurs des droits de l'homme, il sera difficile de convaincre les investisseurs et les touristes, y compris pour le tourisme médical.⁵³²

Il ne s'agit pas seulement de l'impact de la politique étrangère d'un pays qui peut déstabiliser le tourisme médical. Ce secteur est également sensible à toute évolution affectant la mobilité des patients internationaux. Par exemple, la pandémie de Covid-19 a gravement impacté le tourisme médical en raison des mesures restrictives. De même, l'éruption du volcan Eyjafjallajökull en Islande en 2010, qui a perturbé le trafic aérien européen pendant plusieurs semaines, avait suffi pour freiner le tourisme médical en Hongrie, un pays recevant de nombreux patients Anglais et de Scandinaves. Pendant cette période, les banques hongroises avaient aussitôt demandé le remboursement des prêts accordés aux dentistes, craignant une prolongation de l'incident. Heureusement, l'éruption n'a duré que quelques semaines, sans quoi le tourisme médical hongrois aurait pu subir des répercussions irréversibles.⁵³³

Un autre facteur d'instabilité du tourisme médical est la sensibilité aux évolutions exogènes, telles que les changements dans les politiques de sécurité sociale des pays d'origine des touristes médicaux. La mise en œuvre de l'Affordable Care Act, communément appelé Obamacare, avait significativement augmenté le nombre d'Américains ayant accès à une assurance maladie, totalisant près de vingt millions de personnes. Initialement, cela avait conduit à une réduction du tourisme médical en raison de la couverture nationale élargie. Cependant, l'élimination ultérieure de la pénalité pour non-assurance, dans le cadre de la réforme fiscale de Donald Trump, a conduit le Bureau du Budget du Congrès américain à prévoir que 13 millions d'Américains pourraient choisir de renoncer à leur assurance maladie, relançant ainsi la recherche de traitements médicaux à l'étranger.⁵³⁴ Cette évolution avait naturellement suscité des préoccupations au Mexique, qui, en 2017, espérait attirer

⁵³² Özgür ÖZEL, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 39, 21 décembre 2018.

⁵³³ Sasha ISSENBERG, **op. cit.**, 102-103.

⁵³⁴ Daniel BLOCK, **Les hôpitaux indiens sont remplis d'Américains désespérés**, publié le 14 janvier 2018 et consulté le 13 août 2023 sur www.slate.fr/story/156281/inde-tourisme-medical-systeme-sante-hopitaux

plus de 5 milliards USD grâce au tourisme médical en provenance des États-Unis, presque le double des montants enregistrés en 2008 et 2009.⁵³⁵

L'exemple de l'Obamacare illustre bien le rôle déstabilisateur qu'un acteur externe peut jouer sur le tourisme médical d'un pays. Isseberg aussi soulignait ce point lorsqu'il évoquait le potentiel du Nadezhda Women's Health Hospital. Il notait que l'hôpital pourrait attirer davantage de patients grâce aux marchés en Italie et en Turquie (cf. section 6.2.2.). Toutefois, il utilisait le conditionnel, affirmant que cette perspective serait valable uniquement si ces deux pays maintiennent leurs lois restrictives sur la reproduction, et à condition qu'aucun pays européen riche ne lance une campagne agressive, financée par l'État, pour devenir une destination alternative pour les procédures de FIV.⁵³⁶ Ainsi, Isseberg exprime clairement que l'initiative d'un pays tiers dans le domaine du tourisme médical constitue une menace déstabilisante pour le tourisme médical en Bulgarie.

Ces exemples soulignent l'incertitude de la demande en tourisme médical et la précarité de cette industrie, montrant les risques et dangers pour un pays de baser son organisation des infrastructures de santé et sa planification sanitaire sur des projections liées au tourisme médical. En effet, un développement diplomatique imprévu, une catastrophe naturelle ou une réforme de santé dans le pays source de la demande peuvent entraîner une sous-utilisation des infrastructures de santé dédiées au tourisme médical, conduisant à un gaspillage significatif de ressources médicales précieuses. Bien que cette question ne soit pas exclusive au tourisme médical et touche également d'autres secteurs comme le tourisme général et les industries d'exportation, les complexités spécifiques du secteur de la santé, la difficulté de substitution des services médicaux, et le caractère essentiel des soins de santé en tant que droit humain fondamental protégé par la Constitution turque, exigent une approche plus nuancée et réfléchie de ce sujet.

⁵³⁵ Eunice O. ALBARRAN, **Trump tira en EU el Obamacare... y activa aquí turismo médico por 5 mdd** mise en ligne le 6 mars 2017 et consulté le 10 février 2024 via la version du 8 mars 2017 archivé sur archive.org www.razon.com.mx/spip.php?article340210, cité par Véronique GAYMARD, **A la Une: Etats-Unis, le décret migratoire révisé ne convainc pas la presse**, mise en ligne le 07 mars 2017 et consulté le 10 février 2024 sur www.rfi.fr/fr/ameriques/20170307-etats-unis-decret-migratoire-revise-convainc-pas-presse

⁵³⁶ Sasha ISSEBERG, *op. cit.*, 99.

6.2.7. Marchandisation des services médicaux

Les effets de la marchandisation des services médicaux, une tendance croissante qui transforme la santé en un bien de consommation plutôt qu'un droit universel, engendrent des répercussions significatives sur divers aspects du système de santé. Cette marchandisation peut affaiblir l'éthique de la santé en mettant en lumière les conflits entre les impératifs économiques et les principes de bien-être et d'équité. Elle peut également avoir un impact négatif sur la qualité de la formation des futurs professionnels de santé. De plus, les phénomènes du taylorisme médical, du dumping social et de la course vers le bas seront examinés dans cette section pour comprendre comment ces pratiques influencent la qualité des soins et les conditions de travail des praticiens en modifiant les standards de qualité des soins et les valeurs fondamentales du système de santé.

6.2.7.1. Affaiblissement de l'éthique de la santé

Autant important que les conditions précaires qu'il engendre, le tourisme médical contribue également à la dérégulation des systèmes de santé en modifiant la manière dont les soins sont offerts et perçus. En effet, la massification du tourisme médical pousse les pays à adopter des pratiques controversées, telles que l'augmentation excessive des heures de travail du personnel médical et la publicité pour des services médicaux, alors que ces pratiques sont souvent interdites pour des raisons éthiques.

Ces préoccupations ont été soulevées par plusieurs députés, notamment lors des débats à la Commission du Plan et du Budget sur la loi de création de l'USHAŞ. Le député Mehmet Bekaroğlu (CHP), tout comme le Professeur Sinan Adıyaman, Président du Conseil Central du TTB, avaient exprimés leur préoccupations au sujet des répercussions potentielles du fait que l'USHAŞ, pour promouvoir les services de santé à l'international, allait mener des activités interdites en Turquie, telles que la promotion publicitaire des interventions médicales et le courtage médical.⁵³⁷

⁵³⁷ Mehmet BEKAROĞLU, (23 juillet 2018) *op. cit.*

Ce sont surtout les propos suivants du député Necdet İpekyüz (HDP) qui soulignaient de manière frappante et particulièrement marquée le manque d'éthique lié à l'utilisation de la publicité et au courtage médical afin de promouvoir le tourisme médical :

(...) Les droits accordés à l'USHAŞ ne sont pas reconnus aux établissements publics. Imaginez cela : en Turquie, il est interdit pour un établissement de santé de faire de la publicité. Monsieur le Secrétaire, ne donnez-vous pas de sanctions ? Avec ce règlement, ils pourront faire de la publicité à l'étranger. Imaginez, je vis à Hakkâri, à Batman, dans un village d'Afyon, dans un village de Yozgat ; je suis malade, par exemple d'un cancer, ou d'une autre maladie. (...). Accéder à Ankara ou Istanbul est déjà difficile. Là-bas, ils font de la publicité en disant « meilleur médecin », vous dites « bon médecin ». Existe-t-il des mauvais médecins ? Tous les médecins sont bons. D'abord, clarifions cela, que signifie « bon » ? Tous les médecins sont bons. (...) D'un autre côté, en Turquie, lorsqu'un citoyen ou une institution oriente un patient vers un établissement ou un médecin, il existe des sanctions, allant de trois mois à un an de prison, et cette sanction est encore plus sévère pour les fonctionnaires. Nous créons ici une société intermédiaire, une société de courtage et nous lui donnons des pouvoirs. Maintenant, cette société intermédiaire, bien qu'elle soit pour les patients étrangers, finira par provoquer une grande perturbation et un malaise parmi les citoyens nationaux. (...) ⁵³⁸

La massification du tourisme médical encourage également des pratiques contraires à l'éthique, comme les consultations gratuites qui peuvent inciter les patients à des traitements ou examens inutiles, souvent non couverts par les assurances. Cette frénésie, alimentée par des stratégies marketing agressives, conduit parfois à des comportements abusifs en matière de soins. ⁵³⁹

Les dérives du tourisme médical peuvent dépasser les simples questions éthiques liées à la publicité ou au courtage médical et entraîner des conséquences plus graves. En effet, des pays en développement tels que le Cambodge, le Laos ou la Birmanie, manquant d'infrastructures adéquates, pourraient être tentés d'adopter des pratiques moins scrupuleuses pour attirer les patients. ⁵⁴⁰ Ces pays sont cités en exemple car l'article de référence se focalise spécifiquement sur les pays de l'ASEAN. Cependant, tout pays ayant un besoin accru de devises étrangères pourrait être amené à adopter des dérives ou répréhensibles. Par exemple, les activités illégales telles que le trafic d'organes (cf. section 3.2.4.) constituent un phénomène courant et universel parmi les dérives du tourisme médical, souvent exacerbé par les défis économiques auxquels sont confrontés les pays ciblés ainsi que par les moyens financiers exorbitants que les

⁵³⁸ Necdet İPEKYÜZ, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁵³⁹ Leila BODEUX et al., **op. cit.**, 13.

⁵⁴⁰ Joan C. HENDERSON, Healthcare tourism in Southeast Asia, **Tourism Review International**, 7(3), 2003, p. 116.

demandeurs sont en mesure d'allouer à de telles activités.⁵⁴¹ Il ne s'agit pas non plus d'une situation réservée aux pays à faible revenu, comme le montre un récent scandale en Israël, où, malgré un revenu relativement élevé, des pratiques éthiquement douteuses telles que l'exploitation d'enfants gravement malades dans des campagnes publicitaires ont été utilisées pour tirer profit du tourisme médical.⁵⁴²

Même si ces pratiques ne concernent pas exclusivement le tourisme médical et sont, sur le plan éthique, moins graves que le trafic d'organes, le député Faruk Çaturoğlu (AKP), attirait l'attention sur les pratiques illicites dans le secteur médical privé en Turquie : « (...) *Il est nécessaire d'examiner en profondeur tout le système des hôpitaux privés. Je crois qu'il s'agit d'un gouffre financier, comme je l'avais déjà signalé à notre ministre. Nous savons que des personnes qui n'auraient jamais dû être opérées sont malgré tout soumises à des interventions chirurgicales, simplement pour des raisons financières. (...)* ».⁵⁴³

En conclusion, tous ces exemples montrent que les questions éthiques et morales, qui émergent ou se renforcent avec l'essor du tourisme médical, doivent être prises en compte lors de l'évaluation des avantages et des inconvénients de la massification de ce secteur.

6.2.7.2. Baisse de qualité de l'éducation médicale

Avec l'émergence du tourisme médical, les pays peuvent être amenés également à miser sur la quantité plutôt que la qualité. Un exemple est celui de la Turquie, qui, pour soutenir le tourisme médical et pour d'autres besoins également, a dû changer sa politique conservatrice en matière de recrutement et de formation médicale. En effet, depuis 2012, le pays accepte des médecins étrangers et a doublé sa capacité de formation en médecine en trois ans, suscitant des réactions vives (cf. section 6.1.2.).

⁵⁴¹ Valdemar CRUZ, **Tourisme Médical. Sea, sex, sun... et scalpel**, publié le 30 janvier 2008 et consulté le 10 août 2023 sur www.courrierinternational.com/article/2008/01/31/sea-sex-sun-et-scalpel

⁵⁴² Damien LELOUP, **Derrière les publicités montrant des enfants atteints d'un cancer, les dérives du tourisme médical en Israël**, Publié le 24 janvier 2022 et consulté le 20 août 2023 sur www.lemonde.fr/pixels/article/2022/01/24/derriere-les-publicites-montrant-des-enfants-atteints-d-un-cancer-les-derives-du-tourisme-medical-en-israel_6110798_4408996.html.

⁵⁴³ Faruk ÇATUROĞLU, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, 10 février 2016.

C'est justement le ministre de la Santé en personne qui précisait qu'en 2023, malgré une multiplication par trois du nombre de places disponibles, le taux d'admission était de 86 %, avec 17.716 diplômés en médecine admis en spécialisation par l'examen TUS. Il ajoutait qu'actuellement, 53.035 médecins suivent une formation spécialisée. En cumulant ce nombre aux 56.000 spécialistes en exercice, le ministre indiquait qu'en quatre ans, la Turquie comptera un total de 110.000 spécialistes.⁵⁴⁴

Si le ministre dressait ce bilan avec fierté, le député Ersin Beyaz (İYİ) était plutôt critique envers cette croissance en quantité au détriment de la qualité des diplômés, exprimant ce qui suit :

(...) Sous l'ère du gouvernement de l'AKP, la politique de « *une université dans chaque ville* » a conduit à une baisse de la qualité, touchant également les facultés d'odontologie. Le nombre de facultés d'odontologie a maintenant franchi le seuil des 100. Chaque année, ces facultés forment plus de 10.000 diplômés, mais de nombreux dentistes, qui terminent leur formation sans avoir suffisamment traité de patients ni acquis une expérience pratique, se retrouvent au chômage, partageant le même sort que des dizaines de milliers d'autres diplômés. (...) ⁵⁴⁵

À l'occasion de la Journée de la Médecine en 2017, le député Ahmet Selim Yurdakul (MHP) exprimait des propos similaires :

(...) Par ailleurs, en affirmant qu'il y a une pénurie de médecins, le gouvernement met mal à l'aise la population, en particulier les médecins spécialistes, en ouvrant des facultés de médecine dans presque toutes les villes. Il n'y a pas d'enseignement médical efficace dans des amphithéâtres pour des centaines de personnes, et ceux qui prétendent le contraire nuisent à la nation turque. (...) ⁵⁴⁶

Le député Hayrettin Nuhoğlu (İYİ), en soulignant le phénomène de fuite des cerveaux, mettait en garde contre le fait que la détérioration de la formation médicale pourrait porter un coup dur au tourisme de santé à mesure que sa qualité s'affaiblira :

(...) L'enseignement médical, qui est l'une de nos sources de fierté, a également commencé à souffrir, le nombre de professeurs dans nos universités a rapidement diminué et la qualité de l'enseignement a commencé à se dégrader. Le nombre de médecins qui se rendent dans d'autres pays se compte désormais par milliers, et des milliers d'autres cherchent des occasions de partir. Il convient de garder à l'esprit que la Turquie, qui accepte des patients du monde entier, en particulier des pays européens, subira un coup dur pour le tourisme de santé à mesure qu'elle s'éloignera de cette position. (...) ⁵⁴⁷

⁵⁴⁴ Fahrettin KOCA, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 37, 16 décembre 2023.

⁵⁴⁵ Ersin BEYAZ, **op. cit.**

⁵⁴⁶ Ahmet Selim YURDAKUL, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 81, 14 mars 2017.

⁵⁴⁷ Hayrettin NUHOĞLU, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 104, 16 juin 2022.

De son côté, Idris Sami Tandoğdu (CHP) fustigeait le gouvernement concernant l'autorisation prévue pour les médecins étrangers à travers les propos suivants :

(...) Ensuite, vous dites que vous allez amener des médecins étrangers. Où allez-vous les faire travailler ? Dans quelles institutions ? Vous allez les faire travailler dans des hôpitaux privés. Quels sont ces hôpitaux privés ? Sont-ils ceux qui seront créés par des investisseurs de Dubaï ou ceux appartenant à des individus ou des fondations existants ? Et où allez-vous faire travailler ces personnes que vous amenez pour 150 ou 200 USD ? Avec quelles compétences linguistiques ? Comment pouvez-vous essayer de légaliser cela sans avoir préparé les infrastructures nécessaires ? (...) ⁵⁴⁸

En critiquant l'autorisation pour les médecins étrangers d'exercer en Turquie, Tandoğdu souligne une autre dimension problématique du tourisme médical, à savoir la transformation des services médicaux en simples services commerciaux et marchands qui sera exploré dans la prochaine section.

6.2.7.3. Taylorisme médical et dumping social

La massification et la commercialisation des soins dans le cadre du tourisme médical réduit considérablement le rapport humain entre le médecin et le patient, augmentant les risques pour la sécurité et la qualité des soins. Ce phénomène s'accompagne d'une marchandisation accrue des soins, où les services sont orientés vers la génération de profit plutôt que l'accès universel à des soins de qualité.

Cet impact avait été clairement souligné et contesté par la syndicaliste Gönül Erden. Lors des débats sur la loi permettant l'emploi des médecins des facultés de médecine dans les hôpitaux urbains, elle affirmait que la demande faite aux médecins de travailler dans un deuxième établissement avec une rémunération réduite de 50 % les contraint à une flexibilité accrue. Elle précisait que les interdictions précédentes d'exercer en cabinet privé ou de travailler en privé avaient déjà poussé de nombreux chirurgiens et médecins qualifiés des hôpitaux d'État et universitaires à quitter leurs postes. Selon elle, cette incitation à la flexibilité ne ferait qu'ajouter une couche supplémentaire à ces problèmes. Elle terminait ses propos en affirmant que pour toutes ces raisons son syndicat s'oppose à cette loi, qui favorise le travail flexible, accroît la

⁵⁴⁸ Idris Sami TANDOĞDU, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 22, Année législative : 5, Séance : 75, 14 mars 2007.

charge et l'intensité du travail, et aggrave les problèmes existants dans le secteur de la santé.⁵⁴⁹

Bien avant ces débats, en 2006, la députée Canan Arıtman (CHP) critiquait le ministre de la Santé en affirmant que le concept de « santé à la hauteur de votre argent », transformant le pays en marché, les citoyens en clients et l'État en entreprise, était une prescription dictée par le FMI et la Banque mondiale à la Turquie et préjudiciable à la santé.⁵⁵⁰

De la même manière, le député Necdet İpekyüz (HDP) avait également souligné les dangers auxquels le milieu médical était confronté en raison de la commercialisation des soins de santé à travers le tourisme médical avec les propos suivants :

(...) Cela perturbe complètement l'environnement de travail entre les médecins et les travailleurs de la santé, et introduit un service totalement axé sur l'argent et la devise, créant ainsi des inégalités parmi nos citoyens. (...) Avec ce que nous introduisons aujourd'hui, nous perturbons complètement l'environnement de travail en Turquie. Pourquoi ? Parce que cela perturbera notre paix interne. Un médecin recevra 15.000 USD. Et les autres médecins ? Vous prétendez stopper le passage du public au privé, mais vous encouragerez davantage cette tendance et vous ne pourrez pas y faire face. (...) Les services de santé sont des services d'équipe ; ils consistent à créer un environnement pour éviter que les gens ne tombent malades. Lorsque nous offrons des services de santé uniquement aux personnes qui ont de l'argent, nous dégradons les services dans le pays. Nous devons prêter attention à tout cela. (...) ⁵⁵¹

La marchandisation et la spécialisation excessive des soins encouragées par le tourisme médical entraînent un désengagement des soins non rentables mais essentiels pour la santé publique, au profit d'une concentration sur les services lucratifs, tels que les soins tertiaires à forte intensité technologique.⁵⁵² Cette tendance est accentuée par le néolibéralisme, qui prône de se concentrer principalement sur la production de biens et services offrant un avantage comparatif. Comme le montre le tableau 4.1., la massification du tourisme médical conduit inévitablement à une spécialisation nationale dans des domaines spécifiques et à une production standardisée dans ces filières. En projetant l'évolution future des tendances du tourisme médical de manière caricaturale, on pourrait envisager une situation où l'humanité serait contrainte de se

⁵⁴⁹ Gönül ERDEN, **op. cit.**

⁵⁵⁰ Canan ARITMAN, **op. cit.**

⁵⁵¹ Necdet İPEKYÜZ, (23 juillet 2018), **op. cit.**

⁵⁵² Leila BODEUX et al., **op. cit.**, 20.

rendre en Hongrie pour un simple plombage dentaire, en Turquie pour une rhinoplastie ou une greffe de cheveux, et en Inde pour surmonter un problème d'infertilité.

Bien qu'il soit encore prématuré d'appliquer des tendances avant-gardistes comme l'« uberisation médicale⁵⁵³ » dans le domaine du tourisme médical, le taylorisme médical s'avère pertinent pour expliquer l'impact du tourisme médical sur la marchandisation des services médicaux. En effet, cet élan vers une spécialisation exclusive découle de divers mécanismes, tels que les bénéfices de la production de masse et de la concentration géographique des services, permettant une réduction des coûts grâce aux économies d'échelle et à l'application du taylorisme dans le domaine médical. La standardisation des facteurs de production crée un environnement de travail routinier, répétitif, et éloigné de la créativité, élément essentiel de la production taylorienne puisque pour Taylor, le travail doit être décomposé et simplifié de manière à éliminer tout risque de réflexion de la part du travailleur, évitant ainsi la perte de temps et le risque de déviation par rapport à la standardisation du travail.⁵⁵⁴

Afin de rester compétitifs, les États adoptent des stratégies de dumping social, souvent associées à une politique ambitieuse basée sur l'économie d'échelle. La dégradation des conditions de travail des professionnels de la santé est une conséquence directe de cette approche, qui risque d'entraîner à long terme une détérioration de la qualité des soins. Le discours suivant du député Idris Sami Tandoğdu (CHP), prononcé en 2007, est révélateur du dumping social qui touche le personnel de santé en Turquie. Les faits exposés à cette époque n'ont probablement pas perdu de leur pertinence et, au contraire, et peuvent même être devenues plus critiques au fil du temps :

(...) Alors que les fonctionnaires soumis à la loi 657 travaillent 40 heures par semaine, vous faites travailler les médecins 45, voire 50 heures sans leur accorder de droits supplémentaires. Vous augmentez leurs salaires, mais dans un pays où le seuil de pauvreté est de 2 milliards TL, vous ne donnez que 1 milliard 100 millions TL à un médecin généraliste et 1 milliard 300 millions TL à un spécialiste. Ensuite, vous vous vantez devant tous nos collègues et le public en disant : *"Je paie des salaires de 5 – 7 milliards TL"*. Vous parlez de primes de performance. Quelle performance peut avoir un médecin généraliste à Hakkari ? Comment pourrait-il obtenir cet argent ? (...) ⁵⁵⁵

⁵⁵³ Hakop AGANYAN et al., Health Care System Decentralization via Uberization, Concepts and Expected Efficiency Outcomes, **Journal of Medicine and Public Health**, 4(9), 2023, pp. 208-213.

⁵⁵⁴ İlker BELEK, Taylorizm, Fordizm, esnek üretim ve sağlık | Yabancılaşmadan karoshiye, ulusal sağlık sistemlerinden özelleştirmeye, **Toplum ve Hekim**, 14(2), Mart - Nisan 1999, p. 102.

⁵⁵⁵ Idris Sami TANDOĞDU, **op.cit.**

Le député Arslan Kabukcuoğlu aussi soulignait les conditions économiques précaires du personnel médical, expliquant qu'en Turquie, aucun professionnel de la santé, y compris les médecins spécialisés et les professeurs, ne gagnait au-dessus du seuil de pauvreté. Il avait rapporté qu'en 2021, 4.559 médecins avaient démissionné du secteur public. Il critiquait aussi la redistribution des ressources du ministère de la Santé, qui, selon lui, profitait à quelques rentiers ayant construit les 13 hôpitaux urbains recevant un cinquième du budget d'un ministère de la Santé très vaste.⁵⁵⁶

En parallèle à ces développements, les États-providence, confrontés aux conditions économiques mondiales, s'engagent dans une course au déclin des normes, estimant qu'ils ne peuvent se permettre de perdre leur avantage concurrentiel.⁵⁵⁷ Ainsi, l'utilisation des fonds publics pour créer des mesures incitatives visant à promouvoir ce secteur est abondamment utilisée et est susceptible de créer une surenchère entre les principaux pays phares du tourisme médical. Cette approche, en réduisant les coûts grâce à une production de masse, peut entraîner des guerres de prix destructrices et nécessiter des investissements parfois peu fructueux en raison des longs délais de retour sur investissement dans le secteur médical. Ces mesures, entraînant une déréglementation de la gestion financière des services publics de santé, suscitent d'importantes préoccupations. Bien que leur impact ne soit pas aussi critique que les pratiques de dumping social récemment abordées, les incitations économiques font l'objet d'un large débat public, notamment en ce qui concerne la justice sociale et les inégalités créées en faveur des touristes médicaux.

Ainsi, lorsque Naci Ağbal, ministre des Finances, présentait la loi exonérant de TVA les services de tourisme médical en soulignant son importance et les incitations offertes par d'autres pays, cette réforme fiscale suscitait de vives réactions.⁵⁵⁸ En se référant aux articles de presse, le député Mehmet Bekaroğlu (CHP) caricaturait la réforme comme un projet d'exonération de TVA destiné « *aux Arabes qui viennent en Turquie pour des greffes de cheveux* ». ⁵⁵⁹

⁵⁵⁶ Arslan KABUKCUOĞLU, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 66, 15 mars 2022.

⁵⁵⁷ Tuba AĞARTAN, (2007), **op. cit.**, 39.

⁵⁵⁸ Naci AĞBAL, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 78, 28 mars 2018.

⁵⁵⁹ Mehmet BEKAROĞLU, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 78, 28 mars 2018.

Quant à Garo Paylan (HDP), qui préférait recourir à des nominations allusives plutôt qu'à une rhétorique sarcastique comme son confrère Bekaroğlu, il trouvait inacceptable d'accorder un traitement de faveur aux touristes médicaux que le peuple ne pouvaient pas bénéficier. Paylan exprimait sa position et celle de son parti comme la suivante ;

(...) Chers collègues, en tant que HDP, nous souhaitons que les services de santé soient fournis gratuitement à tous les citoyens de la République de Turquie, et ce de manière publique. Cependant, alors que les citoyens turcs doivent toujours payer des frais de participation ou se tourner vers des hôpitaux privés, et qu'ils doivent également payer la TVA sur ces services, que dit ce projet de loi ? Savez-vous ce qu'il prévoit ? Un gouvernement qui prétend être local et national dit : *"Ahmet, Mehmet, Agop, Ayşe, Fatma paieront 8 % de TVA, mais si George ou Hans viennent, la TVA sera nulle."* (...) ⁵⁶⁰

À l'occasion des débats parlementaires sur la loi des PPP dans le domaine médical, le député Arif Bulut (CHP) avertissait son auditoire que les réformes du secteur de la santé mises en œuvre par l'AKP ne se limitaient pas à cette loi. Il soulignait que d'autres lois et nombreux règlements étaient en préparation, notamment concernant le tourisme médical et les zones de santé franches. ⁵⁶¹

Bulut aura en partie raison dans sa prévision, puisque, même si la Turquie semble aujourd'hui avoir abandonné ou du moins suspendu la mise en place des zones franches destinées au tourisme médical, ce sujet était à l'ordre du jour il y a encore à peine quelques années. À cet égard, Mehmet Müezzinoğlu, ministre de la Santé, avait affirmé que les zones franches sanitaires étaient essentielles pour attirer les investisseurs avec leur propre portefeuille de patients. Les avantages incluaient des exonérations fiscales telles que la prime de sécurité sociale, la TVA et l'impôt sur les sociétés, des infrastructures abordables, une réduction de la bureaucratie et une égalité d'incitations pour tous les investisseurs, nationaux et étrangers. Les zones franches permettaient également des projets variés, tels que des hôpitaux, des centres de rééducation et des villages de santé. ⁵⁶²

Comme il ressort de ce discours, les zones franches de santé, établies sous la pression concurrentielle du tourisme médical, semblent représenter une étape ultime dans la course au déclin des normes. En visant à attirer investisseurs et touristes

⁵⁶⁰ Garo PAYLAN, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 78, 28 mars 2018.

⁵⁶¹ Arif BULUT, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 69, 21 février 2013.

⁵⁶² Mehmet MÜEZZİNOĞLU, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 23, 5 janvier 2016.

médicaux par des exonérations fiscales et autres incitations, ces zones franches peuvent entraîner des compromis sur les standards de qualité et les régulations, favorisant ainsi une concurrence axée principalement sur les coûts au détriment de la planification sanitaire et des conditions de travail du personnel médical.

En effet, avec le développement du tourisme médical sous le régime des zones franches, les services de santé sont de plus en plus soumis aux conditions du marché. Ces régulations orientent la planification sanitaire en fonction des politiques néolibérales plutôt que des besoins de la population. Les prestataires de services se concentrent souvent près des aéroports pour faciliter l'accès aux touristes (cf. section 6.2.3.4.), négligeant ainsi les considérations sociodémographiques des populations locales. Cette tendance dénature les soins, transformant l'acte médical en une simple prestation commerciale où le rapport humain est réduit au minimum.

À cet égard, dès 2003, le ministre de la Santé Recep Akdağ soulignait, par les propos suivants, l'importance qu'il accordait aux préoccupations d'efficacité et de performance dans le domaine médical :

(...) Par conséquent, nous pensons qu'il est nécessaire que nos hôpitaux, qui doivent fournir des services communs à toute la population, deviennent des entreprises efficaces en étant autonomisés et soutenus par l'État pour qu'ils puissent maintenir leur propre fonctionnement. Sinon, nous savons que l'efficacité opérationnelle ne pourra pas être atteinte.(...) ⁵⁶³

Ces déclarations mettaient en lumière son engagement envers une approche axée sur l'optimisation des ressources et l'amélioration des résultats, reflétant ainsi une influence marquée des principes de gestion et de performance dans la politique de santé. Pourtant, la standardisation excessive, inspirée par la philosophie de Taylor qui privilégie le système sur l'individu, est inadaptée aux domaines complexes de la santé. La quantification des interactions patient-médecin, la normalisation des consultations et l'application rigide de protocoles peuvent engendrer des erreurs cognitives et médicales. En effet, la réflexion approfondie, indispensable dans le domaine médical, est compromise par la pression temporelle imposée par le taylorisme. ⁵⁶⁴

⁵⁶³ Recep AKDAĞ, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 22, Volume : 7, Année législative : 1, Séance : 45, 13 mars 2003.

⁵⁶⁴ Pamela HARTZBAND et Jerome GROOPMAN, Medical Taylorism, **The New England Journal of Medicine**, 374, 14 janvier 2016, pp. 106-108, DOI : <https://doi.org/10.1056/NEJMp1512402>

La standardisation et la normalisation rigide des consultations peuvent entraîner des conséquences surprenantes. En 2014, les Centers for Medicare et Medicaid Services imposaient plus de 1.000 mesures de performance, dont beaucoup manquaient de valeur prouvée, ce qui a contribué à l'insatisfaction croissante et à l'épuisement professionnel du personnel médical, comme l'a souligné l'Institute of Medicine.⁵⁶⁵ Au-delà des impacts directs sur le bien-être du personnel médical, cette pression pour la conformité peut être contre-productive en réduisant la qualité des soins, ce qui relativise les avantages souvent revendiqués et mentionnés à la section 6.1.5. Une enquête montrait qu'une focalisation excessive sur les critères de qualité augmentait le risque d'accidents de 30 % en négligeant l'environnement de travail. Pour garantir des soins adaptés et une formation de qualité, il est crucial de rejeter l'application généralisée du taylorisme, en particulier pour les services de santé primaires qui ne visent pas la rentabilité.⁵⁶⁶

Un autre effet contre-productif observé dans ce contexte est lié à la pression concurrentielle générée par la massification du tourisme médical. Une concurrence excessive peut en effet pousser les prestataires de soins de santé à réduire leurs tarifs à des niveaux si bas qu'ils ne couvriraient plus les coûts d'investissement nécessaires. Si les précautions nécessaires ne sont pas prises, cette situation, défiant toute logique de durabilité et de viabilité, peut engendrer des résultats nuisibles pour le secteur médical, relativisant ainsi les avantages mentionnés aux sections 6.1.5. et 6.1.2. Elle entraîne d'abord une baisse de la qualité des services, suivie d'une perte d'avantage concurrentiel. Le député Bülent Kuşoğlu (CHP) avait précisément souligné ce problème en s'adressant au Sous-secrétaire du ministère de la Santé :

(...) Je me souviens qu'il y a environ vingt ans, nous avions un avantage dans la chirurgie cardiovasculaire, mais ensuite le ministère de la Santé a introduit la tarification SUT, les a abaissés, et l'utilisation des dispositifs de réutilisation a beaucoup augmenté, on s'est finalement tiré une balle dans le pied. Alors que les opérations cardiaques à l'étranger coûtaient au moins 25.000 USD, en Turquie elles se faisaient pour 6-7.000 USD, puis sont descendues à 2.000 USD mais sont devenues de très mauvaise qualité, et personne n'est venu. Il y a bien sûr divers aspects à considérer mais il est essentiel de maintenir un

⁵⁶⁵ David BLUMENTHAL et J Michael MCGINNIS, **Measuring vital signs: an IOM report on core metrics for health and health care progress**, JAMA, 313(19), 2015, 1901-1902, cité par Pamela HARTZBAND et Jerome GROOPMAN, **op.cit.**, p. 108.

⁵⁶⁶ Christophe DEJOURS, **Travail, usure mentale**, Bayard, Paris, 2003, cité par CARRICABURU Danièle, LHUILIER Dominique, MERLE Véronique, **op. cit.**, 63.

niveau de qualité, comme vous l'avez dit, et de maintenir les compétences des médecins ou du personnel de santé formés dans ce domaine. (...) ⁵⁶⁷

La même analyse avait été clairement exprimée par Uğur Genç, PDG du Groupe Memorial Santé, lors d'une vidéoconférence, avec la participation de Dr Salih Kenan Şahin, Président du Conseil d'administration d'USHAŞ, et de Dr Reşat Bahat, Président du Conseil d'administration d'OHSAD, sous la modération de Dr Hasan Kuş, Président de l'Association pour la Qualité en Santé :

(...) Le tourisme médical rencontre aujourd'hui les défis similaires à ceux qu'avait auparavant rencontré le du tourisme de masse, notamment en ce qui concerne la concurrence des prix. Par exemple, aux États-Unis, une greffe du foie coûte entre 500 000 et 1 million USD, une greffe de moelle osseuse peut atteindre 1 million USD. Il y a dix ans, ces interventions étaient réalisées pour environ 120.000 USD en Turquie; aujourd'hui ? Je ne préfère même pas le prononcer. Ce phénomène ne résulte pas d'une tendance mondiale, mais plutôt des pratiques de certains partenaires en Turquie. En raison de la concurrence liée à la régulation des prix, nous risquons malheureusement de nous égarer dans des orientations catastrophique (...) ⁵⁶⁸

Compte tenu de ces observations, il est crucial d'aborder la massification du tourisme médical et la concurrence dans ce secteur avec prudence pour éviter une spirale de dégradation des standards de qualité et la perte des avantages concurrentiels acquis au fil des années, grâce à des défis importants surmontés et d'énormes sacrifices consentis. Il est donc impératif de résister à la tentation de déréguler et même d'aller plus loin en établissant des régulations équilibrées, afin de maintenir la viabilité du secteur tout en préservant la qualité des soins et les avantages concurrentiels à long terme.

Malgré cela, la priorisation du tourisme médical devient tellement dominante qu'elle risque de prévaloir sur la planification sanitaire et l'orientation de la politique de santé du pays. Cela a été observé avec la création des hôpitaux urbains et l'établissement de l'USHAŞ, suscitant des inquiétudes dans le secteur privé médical. Le député Sefer Aycan (MHP), sans doute en raison de son important background professionnel, faisait preuve d'une grande sensibilité à cet aspect du sujet, exprimant ses préoccupations à plusieurs reprises. En 2018, lors des débats sur le budget du ministère de la Santé, il affirmait que le tourisme de santé ne devrait pas être une

⁵⁶⁷ Bülent KUŞOĞLU, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁵⁶⁸ Uğur GENÇ, **op. cit.**, (intervention entre 41mn40 et 42mn43)

priorité du ministère, soulignant que celui-ci devait se concentrer sur la santé des citoyens plutôt que sur des activités lucratives telles que la transplantation de cheveux et le lifting du nez, insistant sur la nécessité pour le ministère de se concentrer sur les services de santé essentiels.⁵⁶⁹

L'année suivante, encore dans le cadre des débats sur le budget, il réitérait ses avertissements en rappelant la mission du ministère de la Santé définie par le décret-loi n° 663 et en soulignant l'importance des soins préventifs :

(...) En d'autres termes, la principale mission du ministère de la santé est de protéger et d'améliorer la santé et de réduire le risque de maladie. C'est pourquoi je me pencherai sur cette question. Je regarderai ce qu'il a fait à cet égard, ce qu'il essaie de faire. Les hôpitaux ne me concernent donc pas. Parce que les hôpitaux sont des lieux qui traitent les maladies, des lieux qui masquent les échecs. La situation dans les hôpitaux n'a qu'une importance secondaire pour moi, car ce sont les unités qui traitent la maladie qui survient lorsque l'on ne protège pas la santé. En particulier, le tourisme de santé ne m'intéresse pas du tout. Les greffes de cheveux, les nez liftés, les chirurgies esthétiques ne m'intéressent pas du tout. Ce qui m'intéresse, c'est de savoir dans quelle mesure nous protégeons la santé du public, dans quelle mesure nous réduisons le risque de maladie et la charge de morbidité. Examinons donc ce que nous faisons. (...) ⁵⁷⁰

Dans cette perspective, la députée Selin Sayek Böke (CHP) s'insurgeait contre le ministre de la Santé pour avoir affirmé avec satisfaction que, grâce à l'ouverture des hôpitaux urbains, les hôpitaux publics pouvaient désormais se retrouver en concurrence avec les services d'hôtellerie fournis par le secteur privé. Böke estimait inapproprié de comparer les services de santé, qui sont un droit fondamental, avec les services d'hôtellerie, qui sont des prestations privées visant à générer des profits et à bénéficier aux consommateurs.⁵⁷¹

De son côté, Bülent Kuşoğlu (CHP) s'interrogeait sur le bien-fondé du projet de loi sur la création de l'USHAŞ et l'emploi de médecins universitaires dans les hôpitaux urbains soulignant que cette réforme risque de nuire aux activités du secteur médical privé. Il précisait que les établissements destinés au tourisme de santé devraient être principalement du secteur privé, mais que la réforme favorisait le développement du tourisme de santé dans le secteur public au détriment du secteur privé.⁵⁷²

⁵⁶⁹ Sefer AYCAN, (20 décembre 2018), **op. cit.**

⁵⁷⁰ Sefer AYCAN, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 27, Volume : 27, Année législative : 3, Séance : 33, 14 décembre 2019.

⁵⁷¹ Selin SAYEK BÖKE, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 3, 12 novembre 2019.

⁵⁷² Bülent KUŞOĞLU, **op. cit.**

L'intervention de Kuşoğlu avait suscité une réaction de Banu Küçükkel, représentante de l'OHSAD, qui avait souligné que les établissements de santé privés étaient les principaux prestataires de services en matière de tourisme de santé. Faisant allusion à la création de l'USHAŞ, Küçükkel ajoutait qu'il était anormal de transférer le pouvoir de déterminer les stratégies et politiques des systèmes de santé, la tâche principale du ministère de la Santé, à toute entité ou société par actions, même si cela se limitait au tourisme de santé.⁵⁷³

Les propos du député Mehmet Günel (MHP), exprimés bien avant même la création de l'USHAŞ, soulignaient les défis de la coordination dans le domaine du tourisme de santé, même à cette époque :

(...) Votre unité pour le tourisme de santé semble souffrir d'une désorganisation et d'un manque de coordination. Même avec une présidence en place, chaque voix semble émaner de différentes directions : les professionnels du tourisme ont des opinions différentes de celles des établissements de santé. Il est nécessaire que le secteur public, notamment le ministère de la Santé en tant que décideur politique, soit plus actif et définisse des priorités claires. Que ce soit au niveau du secteur, de la zone géographique, des établissements spécifiques, ou encore des catégories telles que les personnes âgées ou les traitements courants, de nombreuses actions doivent être entreprises. Je lis, j'écoute et je parle, mais les informations sont disparates ; il semble qu'il soit nécessaire de rendre la situation plus concrète. Il semble que l'aspect financier soit davantage pris en compte, comme le tourisme, au détriment de la dimension sanitaire. Cela devrait également avancer plus rapidement. Il y a beaucoup de choses à dire sur ce sujet, mais nos collègues se concentrent sur les aspects médicaux, tandis que nous nous penchons davantage sur le budget (...)⁵⁷⁴

Enfin, l'allocation du député Aytuğ Atıcı (CHP), centrée sur la réorganisation perpétuelle de la politique de santé, constitue une transition idéale entre la section actuelle et la suivante, qui aborde justement comment le tourisme médical complique encore davantage la planification de l'offre médicale dans un pays :

(...) Regardez, ces gouvernements, les gouvernements de l'AKP ont supprimé le service obligatoire. Très bien, nous avons félicité cette décision, c'était un bon travail. Mais très peu de temps après, ils l'ont réintroduit. Nous avons constaté que le gouvernement de l'AKP avait mis en place une chaîne de référence. Très bien, exactement comme nous le souhaitions, comme tous les médecins le voulaient, avec des chaînes de référence de premier, deuxième et troisième niveaux. C'était parfait, mais nous avons ensuite vu que ces chaînes de référence ont de nouveau été supprimées, et il y a vraiment un grand chaos. À mesure que ce chaos se développe, le gouvernement change constamment la législation. Le nombre et le contenu des modifications législatives sont désormais inconnus même

⁵⁷³ Banu KÜÇÜKEL, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, Période : 27, Année législative : 1, 23 juillet 2018.

⁵⁷⁴ Mehmet GÜNAL, **Procès-verbal de la Commission Plan et Budget de la TBMM**, 10 février 2016.

des fonctionnaires du ministère. Nous ne recevons plus aucune réponse aux questions posées. Tout est devenu chaotique. (...) ⁵⁷⁵

6.2.8. Dissimulation des lacunes

Le tourisme médical, souvent intégré dans les statistiques nationales comme partie des dépenses de santé, peut donner une image trompeuse de l'efficacité et de la couverture du système de santé local. Les investissements importants dans ce secteur ne se traduisent pas toujours par des améliorations réelles pour la population locale, comme le montre le phénomène du système médical dual (cf. section 6.2.2.). Néanmoins, les décideurs publics, motivés par des objectifs populistes ou carriéristes, peuvent mettre en avant des chiffres impressionnants, tels que le pourcentage élevé du PIB consacré aux dépenses de santé ou le nombre d'équipements disponibles dans le pays.

Cependant, ces chiffres ne reflètent pas toujours la réalité des services accessibles à la population. Une part importante des dépenses liées au tourisme médical est souvent investie dans des infrastructures et des services destinés principalement aux patients internationaux, au lieu de répondre aux besoins essentiels de la population locale. En d'autres termes, les résidents locaux peuvent se heurter à des obstacles, notamment financiers, lorsqu'ils cherchent à accéder aux services de santé proposés par des cliniques axées sur le tourisme médical. Ainsi, malgré des statistiques et des rapports indiquant une amélioration de la qualité et de la quantité des soins, cette amélioration peut ne pas affecter directement les résidents locaux. L'accessibilité des services de santé pour la population reste inchangée, suggérant qu'il n'y a pas de progrès significatif dans le développement des services de santé locaux, malgré les données et les apparences. ⁵⁷⁶

Effectivement, les investissements dans des cliniques et hôpitaux destinés principalement aux touristes médicaux peuvent masquer des déficits critiques dans les soins de santé locaux, tels que des pénuries de personnel, des équipements obsolètes et un accès limité aux soins pour les résidents, dissimulant ainsi les lacunes du secteur

⁵⁷⁵ Aytuğ ATICI, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 78, 14 mars 2012.

⁵⁷⁶ Matthias HELBLE, The movement of patients across borders : challenges and opportunities for public health, **Bulletin of the World Organisation (WHO)**, vol. 89(1), 2011, p. 70.

médical. Cette ambiguïté statistique avait été soulevée par le député Murat Çepni (HDP) à travers ces propos :

(...) Il y a une pénurie de médecins dans le pays (...) comment allez-vous combler cette pénurie ? En Turquie, le nombre de patients par médecin est de 3.295, tandis qu'en Angleterre, il est de 1.800, au Danemark de 1.600, au Portugal de 1.500, et en Allemagne de 1.000. De plus, selon les rapports de l'ONU, parmi 188 pays, la Turquie se classe 103^{ème}. Pourtant, le président de l'AKP affirme : *"Nous sommes numéro un dans le monde en matière de services de santé."* Bien sûr, cela peut être vrai en termes de tourisme médical, mais en matière de services de santé et de santé publique, voici la réalité. Maintenant, avec ces pratiques, les médecins d'hôpital deviennent des patrons, les employés sont réduits à des simples agents, et l'institution elle-même est transformée en commerce. (...) ⁵⁷⁷

Cette conséquence du tourisme médical n'est pas seulement un problème d'éthique lié aux défis de clarté, de transparence et d'honnêteté politique. Le véritable problème est que cette cacophonie peut entraîner une mauvaise élaboration des politiques de santé efficaces. Effectivement, même si la société civile et les parties prenantes continuent d'alerter sur les politiques de santé pour sensibiliser l'opinion publique, les décideurs peuvent ignorer leur véritable impact en se basant sur des données contradictoires qui peuvent donner une image idyllique de la situation. C'est précisément de cette manière que le tourisme médical a le potentiel d'empêcher la création d'une politique de santé efficace et appropriée dans le pays impactant négativement l'accès aux soins pour la population locale.

L'importance de cet aspect devient plus évidente lorsqu'on considère la complexité de l'organisation des services de santé. Ce processus vital, visant à répondre de manière adéquate aux besoins sanitaires de la population, est particulièrement difficile en raison de facteurs interconnectés tels que les dynamiques démographiques, les flux migratoires et l'évolution de la morbidité.⁵⁷⁸ À titre illustratif, lors de la Journée de la Médecine, le ministre de la Santé Recep Akdağ exprimait ce qui suit :

(...) Chers collègues, lors de nos examens, nous avons observé des exemples très intéressants. Dans la même province, à l'intérieur des limites de la même ville, nous avons constaté qu'un médecin dans un centre de santé du centre-ville a en moyenne 35 patients par jour en consultation, tandis qu'un autre centre de santé à proximité n'en a que 5. De

⁵⁷⁷ Murat ÇEPNİ, **Procès-verbal de la TBMM**, Séance : 18, 15 novembre 2018.

⁵⁷⁸ À ce sujet, Kenneth J. ARROW, offre une analyse approfondie des défis liés à la planification médicale dans un contexte d'incertitude, mettant en lumière la nécessité d'une intervention adéquate pour améliorer l'efficacité et l'équité du système de santé. Kenneth J. ARROW, Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, **The American Economic Review**, 53(5), 1963, pp. 941-973.

même, nous avons vu qu'un hôpital public comptait 18 – oui, vous avez bien entendu – chefs de service adjoints. Dans un autre hôpital public, il y avait 15 médecins spécialisés en médecine interne, mais seulement 3 cliniques de médecine interne étaient ouvertes. Nous avons également vu des hôpitaux où chaque chirurgien n'effectuait qu'une seule opération par semaine. (...) ⁵⁷⁹

Ainsi, le député Turhan Çömez (AKP)⁵⁸⁰ soulignait, à la même occasion, l'importance de mettre en place une politique nationale de santé unifiée, approuvée par toutes les parties prenantes et qui ne fluctue pas en fonction des circonstances politiques. Çömez insistait également sur la nécessité de garantir que les considérations financières ne compromettent pas la relation médecin-patient, ajoutant que « *la planification et la formation des travailleurs de la santé doivent se faire en dehors de toute préoccupation politique et en fonction des projections futures.* »⁵⁸¹

Les changements démographiques et l'adaptation des services de santé représentent un défi constant. Les flux migratoires, qu'ils soient internes ou internationaux, ainsi que l'émergence de nouvelles maladies, l'évolution des maladies chroniques et les tendances épidémiologiques, compliquent la planification. Les systèmes doivent être flexibles pour répondre à ces défis tout en continuant à traiter les maladies existantes, comme l'a révélé la pandémie de COVID-19. L'intégration du tourisme médical ajoute une complexité supplémentaire, rendant la planification encore plus difficile. Ainsi, même avec une approche exhaustive prenant en compte tous ces facteurs peut ne pas suffire à assurer une gestion efficace des services de santé.

6.3. Conclusion

Les recherches comparatives sur le tourisme médical révèlent que ses effets sur les pays d'accueil dépendent largement des capacités de leur infrastructure sanitaire.⁵⁸² Cette dimension est si cruciale qu'il est essentiel de reconnaître que tous les pays et

⁵⁷⁹ Recep AKDAĞ, *op.cit.*

⁵⁸⁰ Bien que membre du parti au pouvoir, Çömez se distinguait par ses positions critiques et autocritiques. En tant que médecin personnel du président Erdoğan, ses critiques ne furent pas toujours bien reçues, ce qui le contraignit à quitter le parti puis la patrie. Il reviendra quelques années plus tard en tant que membre d'un parti d'opposition.

⁵⁸¹ Turhan ÇÖMEZ, *Procès-verbal de la TBMM*, Période : 22, Volume : 7, Année législative : 1, Séance : 45, 13 mars 2003.

⁵⁸² Mohd Jamal ALSHARIF, Ronald LABONTÉ et Zuxun LU, Patients beyond borders : A study of medical tourists in four countries, *Global Social Policy*, vol. 10(3), 2010, p. 327-331; Chee Heng LENG, Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore, *Global Social Policy*, 10(3), 2010, pp. 347-357 et Nicola S. POCOCC et Kai Hong PHUA, *op. cit.*, 4-12.

infrastructures ne sont pas nécessairement adaptés au développement du tourisme médical. Il est donc important de prendre en compte les nuances locales et les facteurs socio-économiques lors de l'évaluation de son impact.

Ainsi, il ressort de ce chapitre que le tourisme médical présente des avantages et des inconvénients variés, dont la prédominance dépend fortement du contexte spécifique de chaque pays. Ce phénomène peut offrir des bénéfices notables en termes d'investissements dans les infrastructures de santé et de valorisation des professionnels médicaux, tout en générant des externalités positives telles que l'amélioration du capital humain et des économies d'échelle. Cependant, les impacts négatifs ne doivent pas être sous-estimés. L'épuisement des ressources médicales, la désertification médicale et l'augmentation des coûts d'accès aux soins pour la population locale illustrent les défis majeurs posés par l'essor du tourisme médical.

Les débats parlementaires ont reflété cette complexité, avec des positions variées en fonction des affiliations politiques et des intérêts individuels. Les parlementaires du parti au pouvoir et de son allié ont généralement soutenu le développement du tourisme médical, soulignant ses avantages économiques. En revanche, les membres de l'opposition ont souvent exprimé des critiques, mettant en avant les aspects négatifs tels que la marchandisation des soins et les problèmes d'accès pour les citoyens locaux. Toutefois, des exceptions notables, comme le député Aslanoğlu (CHP), qui soutenait le tourisme médical, et le député Sefer Ayçan (MHP), qui critiquait constamment ce phénomène malgré son appartenance au parti allié du gouvernement, montrent que les opinions ne sont pas uniformes sur le plan politique. Les registres parlementaires indiquent qu'après le discours d'Aslanoğlu, il reçut des applaudissements de la part des rangs du CHP, de l'AKP et du MHP. Peu après, la députée Öznur Çalık (AKP) prit la parole pour le remercier, soulignant ainsi le consensus autour du tourisme médical, une situation assez rare dans un paysage politique turc dominé par les clivages, quel que soit le thème abordé.⁵⁸³

Il est également important de noter que, bien que les déclarations parlementaires en faveur et contre le tourisme médical aient semblé relativement équilibrées, l'analyse

⁵⁸³ Öznur ÇALIK, **Procès-verbal de la TBMM**, Période : 23, Année législative : 4, Séance : 25, 02 décembre 2009.

des arguments selon la méthodologie définie a révélé une tendance prépondérante dans les arguments négatifs. Même en l'absence d'une analyse logométrique, cette tendance peut être expliquée par la prépondérance des déclarations positives soulignant l'impact générateur de devises du tourisme médical, des éléments qui n'avaient pas leur place dans le cadre de cette étude.

En effet, ont été exclus de ce chapitre en raison de leur absence dans la grille d'analyse les arguments favorables qui mettaient en avant les avantages des recettes en devises et leur effet positif sur la balance des paiements. De plus, les louanges d'ordre général sans argumentations pertinentes, les déclarations se concentrant sur les aspects strictement locaux du tourisme médical, ainsi que celles touchant au tourisme de santé autre que le tourisme médical, comme le thermalisme, ont également été écartées. Les critiques concernant exclusivement la corruption ou le népotisme, notamment à travers les projets d'hôpitaux urbains, ont également été omises pour les mêmes raisons.

Il convient de mentionner que la majorité des intervenants parlementaires sont des professionnels du domaine médical, apportant ainsi leurs idées et leur expertise précieuses aux discussions. Enfin, La structure du chapitre, établie préalablement au recueil des déclarations parlementaires, a conduit à avoir des titres qui n'ont pas été spécifiquement abordés dans les débats parlementaires, comme le savoir-faire médical ou les couts d'opportunité du tourisme médical, alors que l'accent a été mis sur d'autres sujets tels que la valorisation du corps médical ou les effets de la marchandisation des services médicaux, illustrant la dynamique complexe du sujet étudié.

7. CONCLUSION GENERALE

La conclusion de cette étude est structurée en trois parties distinctes. Tout d'abord, les éléments les plus pertinents seront présentés, en mettant en avant les contributions apportées à la littérature par cette étude. Ensuite, une analyse approfondie des résultats sera proposée, mettant en lumière les points saillants ainsi que les subtilités et paradoxes soulignés notamment dans le sixième chapitre. Enfin, la dernière partie exposera les perspectives de recherche, constituant également une autocritique rétrospective. Celle-ci identifiera les aspects qui n'ont pu être explorés dans cette étude, mais qui pourraient faire l'objet d'investigations futures dans des recherches distinctes.

7.1. Points saillants de l'étude

Cette recherche a exploré divers aspects du tourisme médical en examinant en profondeur ses concepts, typologies et évolutions historiques. Elle a commencé par définir le tourisme médical et ses catégories, en offrant une analyse détaillée des différentes phases de son développement, des origines ancestrales à sa forme contemporaine. Bien qu'à première vue ces dimensions semblaient évidentes, il est devenu clair, au fur et à mesure de l'avancement de la recherche, qu'elles n'étaient pas aussi évidentes qu'il y paraissait.

Dans ce contexte, il a été observé que la majorité des analyses historiques sur le tourisme médical débutent avec les Sumériens, passent par la civilisation égyptienne et la civilisation grecque, tout en omettant la civilisation hittite. Ce constat a suscité des recherches sur l'histoire des Hittites, permettant d'intégrer les éléments relatifs au tourisme médical hittite dans la perspective historique du tourisme médical. De plus, les analyses historiques du tourisme médical en Turquie négligent souvent les aspects biographiques liés au tourisme médical du fondateur de la République, Mustafa Kemal Atatürk, malgré leur notoriété. Cette étude enrichit donc la littérature en ajoutant ces deux dimensions importantes, complétant ainsi la perspective historique du tourisme médical en Turquie.

L'étude de l'évolution historique ne s'est pas limitée à une approche didactique, mais a également facilité la compréhension des différentes vagues de développement, en permettant de mieux discerner la troisième vague, qui constituait la période centrale de cette recherche. En effet, cette clarification chronologique et typologique a permis de mieux distinguer les différents types de tourisme médical, facilitant ainsi la concentration sur le tourisme médical de la troisième vague et ses caractéristiques, distinctes de celles des deux vagues précédentes. La revue de littérature a révélé que l'absence de cette clarification théorique dans les sources entraînait une confusion notable et, plus problématique encore, des explications erronées, ce qui affectait la clarté de la lecture et compliquait la compréhension du message. Ainsi, cette étape a permis d'explorer les concepts et la typologie, mettant en lumière les subtilités des nuances souvent négligées.

Ensuite, la recherche a examiné la structure et la dynamique de l'industrie du tourisme médical, en mettant en lumière les différents acteurs impliqués. Elle a également exploré les déterminants de l'offre et de la demande, notamment la variation des tarifs, les temps d'attente, ainsi que les aspects sociopolitiques et réglementaires. Cette analyse des motivations sous-jacentes a permis de mieux comprendre les dynamiques qui influencent les flux de patients, établissant ainsi des liens entre divers systèmes de santé et les flux de tourisme médical.

Une partie de la recherche a été consacrée à l'analyse de l'état des lieux du tourisme médical mondial, en mettant particulièrement l'accent sur la Turquie. Ce phénomène global a mis en évidence la nécessité de corriger une idée erronée largement répandue, à savoir la présentation unidimensionnelle du tourisme médical. En effet, une lecture non globale peut amener à considérer le tourisme médical comme étant exclusivement unidirectionnel, se dirigeant uniquement vers des blocs de pays souvent définis par leur niveau de développement économique. Cette perspective néglige la complexité du phénomène, notamment la deuxième vague de développement, et conduit à une interprétation non seulement incomplète mais également erronée. Ce point, fréquemment sujet à des erreurs, comme l'indiquent les résultats de la revue de littérature, a été clarifié dans l'étude. Il a été souligné que les flux du tourisme médical sont dynamiques et multiversels sur le plan spatial. Les

principaux pays développés reçoivent désormais autant de touristes médicaux qu'ils en envoient, bien que les motivations de ces touristes varient considérablement. Cette compréhension approfondie a été rendue possible grâce à la synthèse des connaissances acquises au cours de la recherche.

La recherche a évalué la position de la Turquie en tant qu'acteur émergent dans le secteur du tourisme médical, en analysant ses forces et ses faiblesses, avec une attention particulière portée sur l'émergence récente de l'USHAŞ et des hôpitaux urbains. Le contexte global de la santé en Turquie a été examiné en détail, en tenant compte des réformes, du système de santé, des modèles de partenariat public-privé ainsi que du PTS. Dans ce cadre, une erreur fréquemment répandue a été rectifiée, à savoir la conception du PTS comme étant principalement le fruit des dynamiques internes turques. En réalité, le PTS est largement influencé par les dynamiques globales.

L'examen des procès-verbaux de la TBMM a permis de dégager des résultats supplémentaires au-delà des principales conclusions de l'étude. Cette analyse a également confirmé la périodicité de l'intérêt public pour le tourisme médical. En effet, les déclarations des parlementaires à ce sujet ne présentaient pas une uniformité temporelle ; elles se concentraient principalement sur trois périodes distinctes : les débats sur le budget du ministère de la Santé, les discours prononcés à l'occasion de la Journée de la Médecine le 14 mars, et les interventions lors des réformes législatives en matière de santé, notamment lors des discussions sur la loi de création de l'USHAŞ.

L'étude a finalement examiné les impacts du tourisme médical sur l'accessibilité aux soins, ce qui constituait l'objectif ultime de cette recherche. Elle a distingué les effets positifs, tels que les investissements et l'amélioration de la qualité des soins, des impacts négatifs, notamment la désertification médicale, l'augmentation des coûts d'accès et les effets sur la planification médicale. Cette analyse a permis d'obtenir des résultats significatifs, qui sont détaillés dans la section suivante. Avant de passer à la section suivante, il convient de préciser qu'un point significatif a été souligné dans ce contexte. Les impacts du tourisme médical et de la privatisation des prestations médicales présentent des similitudes notables en termes de résultats. Autrement dit, par exemple, la problématique de la création d'un système dual est également

pertinente en l'absence de tourisme médical. Inversement, l'avantage potentiel de limiter la fuite des cerveaux peut également se manifester à travers la privatisation des soins de santé.

7.2. Points saillants des résultats

Bien que des efforts aient été consacrés dès le début de l'étude à la compréhension de la problématique, c'est particulièrement le sixième chapitre qui l'aborde spécifiquement. Dans ce cadre, les aspects positifs et négatifs ont été scrutés, et les résultats initialement analysés principalement pour des pays tels que la Thaïlande et l'Inde ont été adaptés et contextualisés selon la perspective de la Turquie. Cette approche a permis de réaliser une synthèse, en s'appuyant sur des arguments de soutien tirés des discours parlementaires, conformément aux critères méthodologiques définis.

A cet égard, la question directrice de cette recherche étant de savoir dans quelle mesure le tourisme médical impacte-t-il le système de santé, et par conséquent l'accessibilité aux soins dans les pays d'accueil, il a été constaté que le tourisme médical peut apporter des avantages économiques aux pays, qui se traduit par des ressources supplémentaires pour l'investissement dans les soins de santé. Toutefois, s'il n'est pas correctement géré et réglementé du point de vue politique, les avantages financiers du tourisme médical pour les systèmes de santé peuvent se faire au détriment de l'accès aux services de santé et de leur utilisation par les consommateurs locaux. En effet, il a été constaté que les effets négatifs ne sauraient être négligés, leur importance étant telle que la planification ne peut se limiter à une perspective économique, souvent évoquée pour justifier le développement du tourisme médical.

Cette perspective purement économique néglige non seulement les dimensions sociales, d'équité et éthiques, mais omet également les principes fondamentaux de la science économique, où la notion d'externalité occupe une place centrale. Cette défaillance du marché appelle une intervention des autorités publiques, seules habilitées à corriger ces externalités. Il ressort de cette analyse que les décideurs politiques doivent impérativement tenir compte de ces effets négatifs et mettre en œuvre leurs politiques de manière à optimiser les avantages tout en établissant un

équilibre adéquat entre les bénéfices et les impacts négatifs sur l'accessibilité des soins pour la population locale.

Dans cette démarche, il est impératif de reconnaître que la santé constitue une richesse inestimable tant pour les populations locales qu'étrangères, et ne peut en aucun cas être instrumentalisée dans une perspective de profit économique à court terme. Plus concrètement, il est essentiel de noter que les principales critiques concernant les impacts négatifs du tourisme médical se retrouvent également dans d'autres secteurs. En effet, l'impact négatif d'une demande accrue n'est pas exclusif au tourisme médical. Les débats internationaux sur le surtourisme, qui engendre une pression excessive sur les infrastructures, dégrade l'environnement, perturbe les communautés locales, fait augmenter les prix, modifie les cultures locales et surcharge les services, en sont une illustration manifeste.⁵⁸⁴

Cependant, ce qui distingue le tourisme médical des autres formes de tourisme est qu'il concerne un service régalien que l'État est tenu de fournir pour garantir l'intérêt général. En effet, il existe une différence significative entre un citoyen empêché de profiter d'installations balnéaires en raison d'une augmentation tarifaire liée au surtourisme et un citoyen privé de soins en raison de la création d'un système de santé dual induit par le tourisme médical. Un gouvernement peut plus facilement imposer des sacrifices à sa population pour promouvoir un tourisme balnéaire lucratif, mais appliquer une logique purement financière à un service régalien comme la santé semble inapproprié à plusieurs égards.

Négliger la santé de la population pour générer des revenus supplémentaires peut, à long terme, s'avérer plus onéreux pour la société, lorsqu'on considère le capital humain. Dans ce contexte, il serait envisageable que les pays, plutôt que de favoriser le tourisme médical, optent pour sa restriction, à l'instar de ce qu'ils pratiquent pour les secteurs critiques ou lorsqu'ils régulent les marchés en interdisant l'exportation de certains produits, même de moindre importance. Dès lors, réguler l'exportation des services de santé afin de garantir un accès prioritaire à la population locale ne serait pas déplacé. En effet, certains pays développés, bien qu'ils aient les moyens de

⁵⁸⁴Philippe DUHAMEL, Le « surtourisme » ou la rupture d'un contrat habitants/touristes : le cas des lieux touristiques en Europe, *L'Information géographique*, 87(2), 2023, pp. 100-122.

promouvoir le tourisme médical, mettent en œuvre des politiques restrictives et imposent des contrôles rigoureux pour garantir que les services de santé restent principalement accessibles à la population locale et pour préserver la durabilité du système de santé.⁵⁸⁵

Il est légitime de se demander s'il est question d'une équation à somme nulle entre la satisfaction des besoins de la population locale et ceux des touristes médicaux. À court terme, cette situation semble effectivement se manifester ainsi : Pour répondre aux exigences du tourisme médical, des sacrifices doivent être consentis par la population locale. Par exemple, un médecin récemment diplômé pourrait être affecté à un établissement de tourisme médical à Istanbul plutôt qu'à Artvin, au détriment des besoins locaux. Cette problématique a été examinée aux sections 6.2.2. et 6.2.4. en particulier à travers la figure 6.4.

À court terme, l'évolution de l'offre de soins est entravée par les contraintes complexes liées aux caractéristiques de l'offre des prestations de santé. Cependant, à long terme, des améliorations sont envisageables. En effet, pour l'expliquer à travers la figure 6.4, la courbe des possibilités de production n'est pas statique, lorsqu'une augmentation de la capacité de production générale du pays se produit, elle se déplace vers l'extérieur, reflétant ainsi l'expansion de la capacité d'offre de soins. Cette évolution permettrait d'élargir l'offre destinée aux touristes médicaux sans impacter négativement la population locale, et pourrait même bénéficier à cette dernière. Elle correspond à un déplacement du point b au point c sur la figure 6.4.

Sans augmenter la capacité de l'offre médicale, c'est-à-dire sans déplacer ladite courbe vers l'extérieur, toutes les solutions proposées ne seront que des palliatifs. Cela a été illustré lors des débats à l'USHAŞ, quand le gouvernement suggérait d'imposer des quotas aux médecins pour la prise en charge des patients étrangers dans les hôpitaux urbains (cf. section 6.2.1.). Les critiques formulées étaient justifiées, car de telles mesures ne résolvent pas le problème mais en modifient simplement la nature. Les médecins traiteront les patients locaux avant de s'occuper des patients étrangers,

⁵⁸⁵ À ce titre, l'article de Leigh Turner cite au moins sept raisons pour lesquelles les systèmes de santé canadiens ne devraient pas investir dans le tourisme médical : Leigh TURNER, Making Canada a Destination for Medical Tourists: Why Canadian Provinces Should Not Try to Become "Mayo Clinics of the North", *Healthcare policy*, 7(4), 2012, pp. 18-25.

ce qui est certes une approche positive. Cependant, dans l'optique de traiter des patients étrangers pour obtenir une meilleure rémunération, il est possible que les patients locaux soient traités de manière négligente et approximative.

Il semble en effet difficile de pratiquer le tourisme médical de manière inoffensive sans accroître la capacité disponible. L'exemple de l'Inde illustre que les institutions privées, même lorsqu'elles sont sanctionnées, peuvent choisir de payer les amendes ou trouver des moyens de les éviter.⁵⁸⁶

L'augmentation de la capacité pourrait être associée aux investissements par les hôpitaux urbains. Cependant, comme évoqué à la section 6.2.3.4., malgré leur taille imposante, ces établissements n'ont pas conduit à une augmentation significative de la capacité de prestation médicale du pays. La Turquie rencontre des difficultés majeures pour accroître sa capacité de soins. En effet, les contraintes législatives rendent presque impossible la création de nouveaux établissements de santé privés, et l'expansion des structures existantes s'avère également complexe. Pour équilibrer le secteur public et privé dans les services de santé, les procédures sont régies par le règlement du 15 février 2008 sur les établissements de santé privés. Bien qu'il n'y ait pas de quota officiel, le ministère de la Santé considère qu'une part d'environ 30 % pour les hôpitaux privés est appropriée.⁵⁸⁷ L'introduction de ce règlement a réduit le nombre de licences privées en Turquie, passant de 567 à moins de 550, et a freiné la croissance du secteur.⁵⁸⁸ En outre, les demandes de nouvelles licences sont souvent rejetées, favorisant l'émergence d'un marché noir où des millions de dollars sont en jeu. Environ 50 licences sont échangées chaque année dans ce contexte.⁵⁸⁹

⁵⁸⁶ Sonal MEHROTRA, **5 Delhi Hospitals Fined ₹ 700 Crore For Refusing Free Treatment To Poor**, NDTV, mise en ligne le 13 juin 2016 et consulté le 20 décembre 2023 sur www.ndtv.com/delhi-news/5-delhi-hospitals-fined-rs-700-crore-for-refusing-free-treatment-to-poor-1418267

⁵⁸⁷ Mehmet ATASEVER, **Türkiye'de hastane planlanması**, Medikal News, publié le 20 février 2023 et consulté le 10 janvier 2024 sur www.medikalnews.com/turkiyede-hastane-planlanmasi

⁵⁸⁸ Les obstacles auxquels se confronte LÖSEV dans la mise en service de son hôpital LÖSANTE mettent en évidence les difficultés majeures associées à la création d'établissements de santé privés en Turquie. Malgré un investissement significatif et des efforts soutenus, LÖSANTE demeure confronté à des défis administratifs et réglementaires importants pour obtenir les autorisations requises du ministère de la Santé. Cette question, qui suscite un débat considérable au sein de l'opinion publique, a été maintes fois examinée au parlement, révélant les complexités inhérentes au processus d'établissement d'hôpitaux privés dans le pays : Şeyma PAŞAYİĞİT, **Kansere karşı ruhsat mücadelesi: LÖSANTE**, publié le 7 novembre 2019 et consulté le 12 mai 2024 sur www.indyturk.com/node/89231

⁵⁸⁹ GAZETEDUVAR, **Hastane ruhsatı taksi plakası gibi satılıyor**, publié le 20 septembre 2022 et consulté le 12 janvier 2024 sur www.gazeteduvar.com.tr/hastane-ruhsati-taksi-plakasi-gibi-satiliyor-haber-1581815

Il semble donc peu probable que la Turquie puisse déplacer la courbe de la capacité de production vers l'extérieur en attirant des investisseurs dans ce domaine, comme cela a été réalisé dans des pays tels que l'Inde ou la Thaïlande. Un fait révélateur de cette situation est le fait que malgré son engagement constant envers le secteur médical, le groupe hospitalier Acıbadem a été contraint de concentrer ses investissements à l'étranger plutôt que de les déployer en Turquie. Mehmet Ali Aydınlar, Président du Conseil d'Administration du Groupe de Santé Acıbadem s'exprimait comme la suivante ;

(...) En Inde, nous avons 35 hôpitaux sous différentes bannières, 17 en Malaisie, 4 à Singapour, ainsi qu'un hôpital et une chaîne de cliniques à Shanghai, en Chine. Nous avons également un hôpital à Hong Kong. Nous opérons d'un bout à l'autre du continent, de l'ouest à l'est. En Bulgarie, nous assurons 7 % des traitements cardiaques et oncologiques sous la marque Acıbadem. Contrairement à la Turquie, aucun de ces pays ne connaît de changements législatifs radicaux du jour au lendemain. Depuis 2011, je travaille à l'international, et je n'ai jamais rencontré de situation comme en Turquie, où un matin on se réveille avec une annulation partielle d'un accord ! Ni aux Pays-Bas, ni en Inde, je n'ai observé une telle pratique. Par exemple, un jour une loi stipule qu'un hôpital universitaire doit être entièrement détenu par une institution universitaire, sinon la faculté de médecine sera fermée dans les deux ans. C'est une différence majeure avec les autres pays. (...) ⁵⁹⁰

Aydınlar concluait en précisant l'ajout de 4.000 lits à leur hôpital actuel en Inde, une démarche impossible à réaliser en Turquie, pour les raisons évoquées. Finalement, une analyse approfondie des obstacles à l'augmentation de la capacité en Turquie est nécessaire, notamment à travers l'évolution des hôpitaux urbains. Les contours de cette nécessité sont expliqués dans la section suivante.

7.3. Perspectives de recherche

L'une des mesures principales pour accroître la capacité en Turquie a été de lever les obstacles à l'emploi de médecins étrangers. Bien que le bien-fondé et la pertinence de cette réforme puissent être sujets à débat, elle s'inscrit parfaitement dans la volonté de développer le tourisme médical. Cependant, un paradoxe majeur apparaît, car la Turquie cherche à promouvoir le tourisme médical tout en continuant de restreindre les nouveaux investissements dans le secteur de la santé. Cette incohérence apparente

⁵⁹⁰ KLİNİKİLETİŞİM, Mehmet Ali Aydınlar: "Hayatımda Başarısızlığa Yer Olmadı!", mise en ligne le 14 février 2024 et consulté le 2 mai 2024 sur www.klinikiletisim.com/mehmet-ali-aydinlarhayatimda-basarisizliga-yer-olmadi

pourrait être éclairée par les débats législatifs, où il semble que l'objectif sous-jacent soit la centralisation des services de santé, y compris ceux relatifs au tourisme médical, au sein des hôpitaux urbains.

Bien que cet objectif n'ait jamais été formellement énoncé par les autorités publiques, il ressort des orientations politiques du ministère de la Santé. Une telle stratégie affaiblira inévitablement, à moyen terme, les établissements de santé privés existants et favorisera l'émergence d'un capitalisme d'État. Il semble donc pertinent d'examiner de manière approfondie et distincte le rôle des hôpitaux urbains dans le contexte du tourisme médical.

Une perspective de recherche fondamentale est que des études multidisciplinaires sont impératives pour appréhender pleinement cette thématique. Bien que cette recherche, ayant déjà intégré des concepts et principes économiques, représente une première étape vers une approche multidisciplinaire, il est crucial de la poursuivre avec une profondeur accrue. Il est notamment essentiel de quantifier précisément les coûts financiers et, plus particulièrement, les coûts sociaux associés au tourisme médical pour la Turquie, en prenant en compte les externalités et le coût d'opportunité. Une analyse économique complémentaire devrait également se pencher sur l'étendue de la subvention directe ou indirecte par des fonds publics qui permet à la Turquie de proposer des services à des prix compétitifs dans le domaine du tourisme médical. A cet égard, bien que la (quasi-)gratuité de la formation médicale soit généralement reconnue comme essentielle en raison de son rôle fondamental dans le développement sociétal, et qu'il soit donc légitime de maintenir cette gratuité dans ce contexte, elle mérite néanmoins une analyse critique approfondie dans le cadre du tourisme médical, qui est principalement orienté vers des considérations financières plutôt que sociales. Il serait donc pertinent de mesurer le coût réel de cette gratuité pour la société et de le comparer aux avantages économiques générés par le tourisme médical.

Dans une perspective économique, il est pertinent d'évaluer les capacités des installations médicales en Turquie à travers l'analyse de l'échelle de production. En se référant à la courbe du coût de production moyen à long terme, comme illustré à la figure 6.2, si le niveau de production des services médicaux du pays se situe au point

x de la courbe CMLP, alors augmenter la productivité sera avantageux, car cela entraînera une diminution des coûts de production contrairement au positionnement sur le point y.

Toutefois, il est essentiel de noter que les effets du tourisme médical varient selon les contextes, comme en témoignent les situations très différentes entre Singapour et la Malaisie. L'expérience de Singapour démontre qu'une politique efficace peut réduire les aspects négatifs du tourisme médical tout en maximisant ses avantages. En Malaisie, seulement 25 à 30 % des spécialistes travaillent dans le secteur public, tandis qu'à Singapour, ce ratio atteint 65 %. Singapour a réussi à retenir ses spécialistes dans le secteur public et à éviter la fuite des cerveaux à l'étranger grâce à des salaires compétitifs dans le secteur public, ce qui a évité des écarts de rémunération significatifs entre les deux secteurs.⁵⁹¹

Enfin, il est impératif d'examiner dans quelle mesure la fuite des cerveaux est effectivement contenue dans le cadre du tourisme médical. Il est essentiel de réaliser des études de terrain approfondies auprès des professionnels de la santé pour évaluer cette problématique. Il convient également de déterminer si ce personnel, censé être préservé de la fuite des cerveaux, rend effectivement des services à la population locale.

En effet, envisageons hypothétiquement que les incitations et subventions publiques permettent au tourisme médical d'attirer un grand nombre de médecins étrangers en Turquie. Il est fondamental de vérifier si ces médecins apportent réellement un bénéfice tangible à la population locale. Dans le cas contraire, il serait pertinent de remettre en question l'efficacité réelle de la promotion du tourisme médical, surtout lorsqu'on considère le coût substantiel qu'il implique pour la société. Il est légitime de se demander si cette promotion apportera véritablement des bénéfices ou si la situation restera inchangée, comme l'a observé Rosana Tositrakul, secrétaire générale de la Thai Holistic Health Foundation, qui se plaignait qu'avec le tourisme médical le peuple local n'a rien à gagner puisque ; « *Autrefois, les médecins voulaient travailler à l'étranger pour gagner plus d'argent. Maintenant, ils n'ont plus besoin de*

⁵⁹¹ Nicola S. POCOCK et Kai Hong PHUA, **op. cit.**, 11.

*quitter le pays, la fuite des cerveaux se dirige vers une autre partie de notre propre société. ».*⁵⁹²

En termes d'accessibilité aux soins pour la population locale, il semble y avoir peu de différence entre l'impact d'un chirurgien-dentiste qui choisit d'exercer à l'étranger pour traiter des patients étrangers et celui d'un chirurgien-dentiste qui établit un cabinet à Antalya pour servir exclusivement des touristes médicaux, comme de nombreux autres professionnels le font déjà. De plus, étant donné que les établissements de santé impliqués dans le tourisme médical en Turquie peuvent être d'origine étrangère, il est également envisageable que les bénéfices purement économiques générés soient transférés à l'étranger, ce qui ne représenterait quasiment aucun véritable avantage pour la Turquie.

Par ailleurs, l'examen des déclarations des députés révèle que, de manière prévisible, les représentants du parti au pouvoir et de ses alliés ont exprimé des positions plus favorables au tourisme médical, tandis que ceux des partis d'opposition ont souvent critiqué ce secteur. Cependant, il ressort que, dans l'ensemble, il n'existe pas de lignes politiques particulièrement tranchées sur ce sujet. À cet égard, il convient de mentionner particulièrement le député Ali Yiğit (CHP) qui a travaillé sans relâche en faveur du tourisme médical pendant son mandat, notamment pour le développer à İzmir, sa circonscription, qui est citée parmi les villes potentielles pour accueillir une zone franche médicale.⁵⁹³ D'autant plus que lors des élections présidentielles de 2023, le leader du CHP à l'époque, Kemal Kılıçdaroğlu, avait promis la création de « Villes de Santé » dans une vidéo publiée sur son compte Twitter le 8 mai 2023.⁵⁹⁴ Il avait ainsi clairement soutenu le tourisme médical, défendant des arguments presque identiques à ceux du parti AKP, bien que comportant évidemment des nuances. Ce sont justement ces nuances qui mériteraient une étude supplémentaire. Ainsi, il ressort de ces analyses qu'une étude se focalisant sur les discours politiques des différents

⁵⁹² SMH, **A slice of the action**, The Sydney Morning Herald, mise en ligne le 29 octobre 2005 et consulté le 10 mars 2024 sur www.smh.com.au/national/a-slice-of-the-action-20051029-gdmcco.html

⁵⁹³ Ali YİĞİT, **Procès-verbaux de la TBMM**, Période : 26, Année législative : 1, Séance : 24 , 06 janvier 2016 et Période : 26, Année législative : 2, Séance : 16, 03 novembre 2016.

⁵⁹⁴ TURIZM GÜNCEL, **Kılıçdaroğlu: Sağlık kentleri kurarak Türkiye'yi sağlık turizminde daha da büyüteceğiz**, mise en ligne le 09 mai 2023 et consulté le 14 novembre 2024 sur www.turizmguncel.com/haber/kilicdaroglu-saglik-kentleri-kurarak-turkiyeyi-saglik-turizminde-daha-da-buyutecegiz

courants serait utile pour clarifier les diverses positions dans le débat politique turc concernant le tourisme médical.

Tout compte fait, cette recherche propose une analyse approfondie et critique du tourisme médical, en mettant en lumière ses contributions, défis et implications pour les systèmes de santé nationaux. Elle apporte une réponse partielle à la question fondamentale de l'impact du tourisme médical sur l'accessibilité aux soins pour la population locale, tout en suscitant de nouvelles questions pertinentes. Ces questions nécessitent des analyses complémentaires pour être pleinement explorées. Une fois ces analyses effectuées, il sera possible de reformuler une réponse plus précise et fondée à la question initiale.



BIBLIOGRAPHIE

SOURCE DE REFERENCE PRINCIPALE

ABD MUTALIBI Nur Syafiqah et al., Medical Tourism: Ethics, Risks and Benefits, **Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research**, 50 (2), Avril – Juin 2016, pp. 261-270.

ACAR Sinan, **Türkiye’de sağlıkta dönüşüm, güvencesiz çalışma ve beyaz yakalılar**, Dora, 2020.

ADLUNG Rudolf et CARZANIGA Antonia, Health services under the General Agreement on Trade in Services, **Bulletin of the World Health Organization**, 79 (4), 2001, pp. 352-364.

AFŞAR Bilge et DOĞANALP Burcu, « Türkiye’de Sağlık Turizmi : Mevcut Durum Analizi ve Bazı Ülkelerle Yapılan Kıyaslamalar » dans **Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları** (éd. GÜVENEK Burcu), Konya : Çizgi Kitabevi, 2015.

AGANYAN Hakop et al., Health Care System Decentralization via Uberization, Concepts and Expected Efficiency Outcomes, **Journal of Medicine and Public Health**, 4(9), 2023, pp. 208-213.

AĞARTAN Tuba, « Sağlıkta Reform Salgını » dans **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları | Reformlar, sorunlar, tartışmalar** (éd. KEYDER Çağlar et al.), İstanbul : İletişim Yayınları, İstanbul, 2007.

AĞARTAN Tuba, Marketization and universalism: Crafting the right balance in the Turkish healthcare system, **Current Sociology**, 60(4), juillet 2012, pp. 456-471.

AĞIR Hüseyin et TIRAŞ Hacı Hayrettin, Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Panel Nedensellik Analizleri, **Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, vol.17(4), 2018, pp. 1558-1573.

AKAGÜL Deniz, « Économie turque depuis l’avènement de la République : performances ou contre-performances ? (Chapitre XIV) » dans **La Turquie** (dir. Semih VANER), Fayard, 2005.

AKAR Sevda, Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi, **Yönetim ve Ekonomi Dergisi**, 21(1), 2014, pp. 311-322.

AKAYDIN Hakan, « Sağlık Turizmi » dans **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Oktay YANIK (Ed.), Sage Matbaacılık, 2018.

AKIN John, BIRDSALL Nancy et FERRANTI David, **Financing Health Services in Developing Countries | An Agenda For Reform** », A World Bank policy study, Report n° 6563, Washington DC : The World Bank, 1987.

AKSOY Ramazan et BAYRAMOĞLU Vecdi, Sağlık işletmeleri için kurumsal imajın temel belirleyicileri: Tüketici değerlemeleri, **ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi**, 4(7), 2008, pp. 85-96.

AKTEPE Cemalettin, « Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye’de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları », **İşletme Araştırmaları Dergisi**, 5(1), 2021, pp. 170-188.

AL HAMARNEH Alaa, Tourisme médical arabe en Allemagne, **Tourisme Islamique**, n° 21, janvier-février, 2006, p. 20.

ALSHARIF Mohd Jamal, LABONTÉ Ronald et LU Zuxun, Patients beyond borders : A study of medical tourists in four countries, **Global Social Policy**, vol. 10(3), 2010, pp. 315-335.

AMBASSADE DE L’INDE A LA HAVANE, **Rapport économique et commercial annuel 2016**, No.Hav/Comm/2007, 13 avril 2007.

AMORNVIVAT Sutapa et al., Thai Tourism: Sustaining Success, **Insight**, Economic Intelligence Center (EIC) – SCB, 2016.

ARGAILLOT Janice, Santé et médecine à Cuba : des piliers vacillants de la révolution ?, **Recherches Internationales**, 118, 2020, pp. 9-22

ARROW Kenneth J., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, **The American Economic Review**, 53(5), 1963, pp. 941-973.

ASSILI Sonia, **Une dentisterie à bas prix : Le tourisme dentaire et la tendance low-cost**, Thèse pour le Diplôme d’État de Docteur en chirurgie dentaire, Université de Lorraine, N°6580, 2014.

ATALAY A. Selçuk, « Sağlıkta Piyasalaşma ve Kamu-Özel Ortaklığı » dans **Türkiye’de Sağlık, Siyaset, Piyasa** (ed. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR, Asuman GÖKSEL et Ömür BİRLER) », Ankara : Notabene yayınları, 2015.

ATASEVER Mehmet (ed.), **Şehir Hastaneleri Araştırması**, Ankara : Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi (SASAM) Enstitüsü, 2018.

AYDIN Nurşen, Historical Perspective on the Health Transformation in Turkey, **Sağlık Bilimlerinde Değer**, 12(1), 2022, pp. 188-193, DOI: <https://dx.doi.org/10.33631/sabd.1055675>.

AYTUĞ Kutay et al., Sinop ilinin alternatif turizm çeşitleri açısından swot analizi, **Karadeniz Araştırmaları**, 17, 2020, pp. 715-736.

BATU Olamba, Le tourisme médical comme moyen de renforcement du système de santé en République Démocratique du Congo (RDC), **The Journal of Corporate Governance and International Relations**, 1(1), 2021, pp. 169-181.

BAUMGARTNER Jean-Daniel et CHRISTIN Laurent, Quelques nouveautés en maladies infectieuses, **Revue Médicale Suisse**, 2(323), 2012, pp. 32–35.

BEECHAM Linda, British patients willing to travel abroad for treatment, **British Medical Journal**, 325, 2002, p. 10.

BELEK İlker, **Sağlığın politik ekonomisi | Sosyal devletin çöküşü**, Yazılama Yayınevi, 2016.

BELEK İlker, Taylorizm, Fordizm, esnek üretim ve sağlık | Yabancılaşmadan karoshiye, ulusal sağlık sistemlerinden özelleştirmeye, **Toplum ve Hekim**, 14(2), Mart - Nisan 1999, pp. 101-107.

BENABDALLAH Jamil et TOMATIS Joseph, Le tourisme médical dans les pays du Golfe. Un marché prometteur mais très concurrentiel, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 27-33.

BENLİ Ali Ramazan, Türkiye'nin Modern Yüzü: Şehir Hastaneleri, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü**, Sayı 55, 2020, pp. 90-92.

BİLGİLİ Emine et ECEVİT Eyyüp, Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 11(2), Avril 2008, pp. 201-228.

BİNLER Aysel, **Türkiye'nin medikal turizm açısından değerlendirilmesi ve politika önerileri**, T.C. Kalkınma Bakanlığı Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Temmuz 2015.

BİRDAL Enginer (éd.), **Medikal Turizm Araştırması 2011**, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011.

BODEUX Leila et al., **La santé, une marchandise? Les dangers d'une commercialisation des soins de santé**, Bruxelles : CNCD, 2016.

BOTTERILL David, MAINIL Tomas et PENNINGS Guido, **Medical Tourism and Transnational Health Care**, Palgrave Macmillan, 2013.

BOURQUE Melanie et FARRAH Jean-Simon, Roemer 20 Years Later: When a Classical Health-System Typology Meets Market-Oriented Reforms, **Governance Review**, 9(1), 2012, pp. 1-21, DOI: <https://doi.org/10.7202/1038889ar>.

BOZKURT İbrahim, « Türkiye'de sağlık turizmine yönelik teşvik ve hibe uygulamaları » dans **Sağlık Turizmi** (ed. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020, pp. 277-366.

BRUCKER Gilles, RIOU Julien et FERRAND-NAGEL Sabine, **Santé publique et économie de la santé**, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2013.

BUCAK Feray, « Yaşlı Turizmi » dans **Sağlık Turizmi** (ed. ERİŞ Hüseyin), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020.

BUDAK Medine, Özel hastanelerin yabancı hastanelerle iş birliğine genel bakış, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü**, 26, mai 2013, pp. 80-81.

BUĞRA Ayşe, **Kapitalizm, Yoksulluk ve Sosyal Politika**, İstanbul : İletişim Yayınları, 2008.

BURHIN François, Les pays européens face à la mondialisation du marché de la santé, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 52-61.

BURKETT Levi, Medical tourism. Concerns, benefits, and the American legal perspective, **The journal of legal medicine**, vol. 28(2), 2007, pp. 223-245.

ÇAKKAL Ömer, Dışişleri Bakanı Ahmet Davutoğlu: Kendi vatandaşının sağlık sorunlarını çözemeyen bir devlet, dünyada da çözümün parçası olamaz, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü**, (11), Haziran 2013, pp. 12-15.

ÇAKKAL Ömer, Mazide kalan bir şarkı: Beni Türk hekimlerine emanet edin !, **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü**, (11), juin 2009, pp. 22-25.

ÇALAĞAN Fikret, SOYTEKİN İsa et KILINÇ Tülay, **Şehir Hastaneleri Çalıştayı | 16-17 Aralık 2017 – Ankara**, Ankara : SES Yayınları, 2018.

ÇALHAN Harun, ARICI Ayşegül, Bir Turistik Ürün Olarak Medikal Turizmin Değerlendirilmesi, **Türk Turizm Araştırmaları Dergisi**, 6(4), 2022, pp. 1091-1112.

CANADA UAE BUSINESS COUNCIL, **Rapport du profil sectoriel du Canada-UAE Business Council « Soins de santé et sciences de la vie »**, 2019.

CANBULAT Başak, Turkey: Your Partner in Healthcare, **IFC Focus**, février 2017, pp. 56-58.

CARRICABURU Danièle, LHUILIER Dominique et MERLE Véronique, Quand soigner rend malade : des soignants face au risque infectieux à l'hôpital, **Santé publique**, volume 20, Supplément N° 3, Mai-Juin 2008, pp. 57-67.

CHANDA Rupa, Trade in health services, **Bulletin of the World Health Organization**, 80(2), 2002, pp. 158-163.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/268717>

CHASLES Virginie et GIRER Marion, Tourisme médical et santé reproductive : l'exemple de la gestation pour autrui en inde, **Revue francophone sur la santé et les territoires**, Tourisme, Mobilités et Santé, 2016, DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.514>

CHASPOUL Claudine, Voyager pour se faire soigner, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 1-7.

CHEN Lin H. et WILSON Mary E., The globalization of healthcare: implications of medical tourism for the infectious disease clinician, **Clinical infectious diseases**, 57(12), 2013, pp. 1752-1759.

ÇINARLI Serkan et ARSLAN HIZAL Sevinç, **Özelleştirme Uygulamaları ve Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi**, Istanbul : Leges Yayınları, 2014.

COHEN I. Glenn, **Patients with Passports: Medical Tourism, Law, and Ethics**, Oxford University Press, 2015.

COMCEC, **Developing Medical Tourism in the OIC Member Countries**, Comcec Coordination Office, September 2020.

CONNELL John, **Medical Tourism**, CABI, 2011.

CONNELL John, « Tummy Tucks and the Taj Mahal? Medical Tourism and the Globalization of Health Care » dans **Tourism Management - Analysis, Behaviour and Strategy** (éd. Arch G. WOODSIDE et Drew MARTIN), CAB International, 2008.

CORMANY Dan « Introduction to the Phenomenon of “Medical Tourism” » dans **Medical tourism and wellness : hospitality bridging healthcare (H2H)** (éd. DEMICCO Frederick J.) », Apple Academic Press, 2017.

CORTEZ Nathan, Patients without Borders: The Emerging Global Market for Patients and the Evolution of Modern Health Care, **Indiana Law Journal**, 83, 2008, pp. 71-132.

COUSTY Paul, Cures ayurvédiques au Kérala et en Picardie, **Les cahiers espaces**, 288, Janvier 2011, pp. 43-47.

DALGIN Taner, KARADAĞ Levent et BİNGÖL Zekeriya, Türkiye’de Turizmciliğin Gelişimi ve Turizmle İlgili Sağlanan Teşvikler, **Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi**, 4(1), juin 2015, pp. 174 - 184.

DE POUVOURVILLE Gérard, « L’assurance maladie en France: Beveridge et Bismarck enfin reconciliés? », **Réalités Industrielles (série des « Annales des Mines »)**, (4), 2011, pp. 19-24.

DELOITTE CENTER FOR HEALTH SOLUTIONS, **L’évolution du tourisme médical au Canada**, (s.d).

DEMICCO Frederick J. « Introduction » dans **Medical tourism and wellness : hospitality bridging healthcare (H2H)** (ed Frederick J. DEMICCO) », Apple Academic Press, 2017.

DEMICCO Frederick J., CETRON Marvin, et DAVIES Owen, « Medical Tourism and Well-Being: Trends and Strategies », dans **Medical Travel Brand Management | Success Strategies for Hospitality Bridging Healthcare (H2H)**, Frederick J. DEMICCO et Ali A. POORANI (ed) », Apple Academic Press, 2023.

DEMICCO Frederick J., REZVANI Erfan et WANG Jingyan, « Future Trends in Medical Tourism and Wellness: Club Med or Club Medic? » dans **Medical tourism and wellness : hospitality bridging healthcare (H2H)** (ed. Frederick J. DEMICCO), Apple Academic Press, 2017.

DESCHAMPS-BAND Mariève, **Santé et mobilité à Cuba: la fragmentation spatiale induite par l'industrie du tourisme médical**, mémoire présenté à l'Université de Montréal, 2017.

DHCC, **Dubai's Healthcare Ecosystem Highlights Report**, janvier 2024, consultable sur : <https://dhcc.ae/Documents/arabhealth-2024/highlight-report-5-2-24.pdf>

DICKENSON Donna, **Body shopping - The economy fuelled by flesh and blood**, Oneworld Publications, 2008.

EHRBECK Tilman, GUEVARA Ceani et MANGO Paul D., Mapping the market for medical travel, **McKinsey Quarterly**, 2008.

EKİYOR Aykut et GÖK Gülhan, Niche markets in medical tourism , **International Journal of Health Management and Tourism**, 7(1), 2022, pp. 1-22.

ERBAŞ Özgür, Sağlık turizmi kanun taslağı ve mevzuatı, **Toplum ve Hekim**, 32(4), 2017, pp. 282-287.

EREN Murat et TÜRKEY Oğuz, Türk medikal turizm sektöründe yapı, işleyiş ve sorunlar: farklı paydaşlar gözünden bir değerlendirme, **İşletme Bilimi Dergisi**, 11(2), 2023, pp. 91-112.

ERTÜRK ATABEY Selin, **Sağlık Sistemleri ve sağlık Politikası**, Ankara : Gazi Kitabevi, 2018.

ESNARD Laure, Le boom de la chirurgie à prix réduit, **Téoros**, 24(3), 2005, pp. 25-29.

EVANG Karl, **Health Services, Society and Medicine**, London : Oxford University Press, 1960.

EVANNO Yves-Marie et VINCENT Johan, Tourisme et crises sanitaires mondiales dans l'Histoire : véritablement un impensé ?, **Mondes du Tourisme** [En ligne], (20), mis en ligne le 15 décembre 2021, consulté le 10 février 2024, DOI : <https://doi.org/10.4000/tourisme.3795>

EVCİ KIRAZ Emine Didem et ÖZDEMİR DENİZ Pinar, Sağlıklı Turizm Hareketi, **Journal of Biotechnol and Strategic Health Research**, 2(1), 2018, pp. 1-8.

FEINSILVER Julie, « Yurtiçinde ve Dışında Küba Sağlık Politikası », dans **Socialist Register 2010: Kapitalizmde sağlık**, (éd. Leo PANITCH et Colin LEYS) », İstanbul : Yordam Kitap 119, 2011, pp. 237-361.

FETSCHERIN Marc et STEPHANO Renee-Marie, The medical tourism index: Scale development and validation, **Tourism Management**, 52, 2016, pp. 539-556.

FLEURET Sébastien, **A Back and Forth Between Tourism and Health: From Medical Tourism to Global Health**, Wiley-ISTE, 2022.

FULCHER Derick, **Medical care systems: public and private Health coverage in selected industrialised countries**, Geneva: ILO. 1974.

GAFFNEY Adam, Patients sans frontbulgare metières, **Books**, vol. 76(5), 2016, pp. 62-65.

GAN Lydia L. et FREDERICK James R., Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation, **Journal of Vacation Marketing**, 17(3), 2011, pp. 165-183.

GANY Francesca M. et al., Attitudes, knowledge, and healthseeking behaviors of five immigrant minority communities in the prevention and screening of cancer: a focus group approach, **Ethnicity and Health**, vol. 11(1), 2006, pp. 19-39.

GESLER Wilbert M., Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography, **Social Science and Medicine**, 34, 1992, pp. 735-746.

GÖKKAYA Durmuş, « Şehir Hastaneleri Modelinin Kavramsal Çerçevesinin Değerlendirilmesi » dans **Sağlık Yönetiminde Güncel Tartışmalar** (ed. Erdal EKE) », Ankara : Nobel, 2020.

GÖRMÜŞ Ayhan, **Sağlık sisteminde dönüşüm ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri**, Ankara : Siyasal Kitabevi, 2013.

GREEN Stephen T. et KING Hannah, « Independent Health Care Accreditation: Medical Tourism and Other International Aspects », dans **Risks and Challenges in Medical Tourism** (ed. Jill R. HODGES, Leigh TURNER et Ann Marie KIMBALL), ABC-CLIO, 2012.

GREENBERG Robert et al., Referral of Lung Cancer Patients to University Hospital Cancer Centers | A Population-Based Study in Two Rural States, **Cancer**, Vol. 62, october 15, 1988, pp. 1647-1652.

GROSSMAN Michael, On the concept of health capital and the demand for health, **Journal of Political Economy**, 80(2), 1972, pp. 223-255.

GUERRA BRETANA Rosa Mayelín et MARIN Yudi, Accreditation and certification of hospital quality: different or similar, **Revista Ingeniería Biomédica**, 11(21), 2017, pp. 35-41.

GÜL Hasan, **Sağlık Turzmine yönelik Stratejiler ve Türkiye Ekonomisine Katkısı**, Detay yayıncılık, 2019.

GÜLEN Kemal Güven et DEMİRCİ Selma, **Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü**, n° 2011-39, İstanbul Ticaret Odası (İTO) Yayınları, 2012.

GÜNAL Asena, **Health and citizenship in Republican Turkey: An analysis of the socialization of health services in Republican historical context**, thèse de doctorat, Boğaziçi Üniversitesi, 2008.

GÜNEŞ S. Gül et DÜLGER Ayşe Selin « Turizm Kavramı, Turizmin tarihi, Ülke Ekonomilerine Katkısı (..) » dans **Sağlık Turizmi** (ed. Dilaver TENGİLİMOĞLU), Ankara : Siyasal Kitabevi, 2017.

GUPTA Indrani, GOLDAR Bishwanath et MITRA Arup, **The Case of India | International Trade in Health Services, A Development Perspective**, Geneva : UNCTAD-WHO Joint Publication, 1998, pp. 213-236.

GUPTA Jyotsna Agnihotri, Reproductive biocrossings: Indian Egg Donors and Surrogates in the Globalized Fertility Market, **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, 5(1), Spring 2012, pp. 25-51.

GÜRVARDAR Yetkin, **Türkiye’de sağlık turizmine yönelik uygulamaların paydaş görüşleri ile değerlendirilmesi**, thèse de doctorat, Ankara : Hacettepe Üniversitesi, 2022.

HALL C. Michael et O’SULLIVAN Vanessa, Tourism, political stability and violence dans **Tourism, Crime and International Security Issues** (éd. Abraham PIZAM et Yoel MANSFELD), John Wiley & Sons, Chichester, 1996, pp. 91-122.

HALLEM Yousra, BARTH Isabelle et TRIKI Abdelfattah, Les nouveaux comportements d’achat dans le tourisme de santé : quand Internet s’en mêle, **Management & Avenir**, n° 77, 2015, pp. 15-33.

HARTZBAND Pamela et GROOPMAN Jerome, Medical Taylorism, **The New England Journal of Medicine**, 374, 14 janvier 2016, pp. 106-108, DOI : <https://doi.org/10.1056/NEJMp1512402>

HELBLE Matthias, The movement of patients across borders : challenges and opportunities for public health, **Bulletin of the World Organisation (WHO)**, vol. 89(1), 2011, pp. 68-72.

HELLER Geneviève, Leysin et son passe médical, **Swiss Journal of the history of medicine and sciences**, Gesnerus 47, 1990, pp. 329-344.

HENDERSON Joan C., Healthcare tourism in Southeast Asia, **Tourism Review International**, 7(3), 2003, pp. 111-121.

HERMANS Herbert E.G.M., Cross-border health care in the European Union: recent legal implications of ‘Decker and Kohll’, **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 6(4), 2000, pp. 431-439.

HOROWITZ Michael D. et ROSENSWEIG Jeffrey A., Medical tourism vs. traditional international medical travel: a tale of two models, **International Medical Travel Journal**, 3, 2008, pp. 1-14.

HUDSON Simon et LI, « Domestic Medical Tourism: A Neglected Dimension of Medical Tourism Research », **Journal of Hospitality Marketing & Management**, 21, 2012, pp. 227-246.

HYO-MI Kim et al., Medical tourism from US to border region of Mexico, **Medical Tourism Magazine**, 12, 2013, pp. 70-75.

ISAPS, **ISAPS International Survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2021**, ISAPS, (s.d).

ISSENBERG Sasha, **Outpatients: The Astonishing New World of Medical Tourism**, New York : Columbia Global Reports, 2016.

JENNER Elizabeth Anne, Unsettled borders of care: medical tourism as a new dimension in America's health care Crisis, **Research in the Sociology of Health Care**, 26, 2008, pp. 235-248.

KAMASSI Ahmed, MANAF Noor Hazilah Abdul et OMAR Azura, The need of international Islamic standards for medical tourism providers: a Malaysian experience, **Journal of Islamic Marketing**, 12(1), 2021, pp. 113-123.

KARAHANOGULLARI Onur, « Eksik İmtiyaz (Kamu-Özel Ortaklığı) » dans **Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu | 6-7 Mayıs 2011**, Ankara : Türk Tabipler Birliği, 2011.

KARASU Koray, « Sağlık Hizmetlerinin örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı » dans **Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu | 6-7 Mayıs 2011**, Ankara : Türk Tabipler Birliği, 2011.

KARTAL Ayşecan, **Debating Turkish health reform**, thèse de doctorat, Boğaziçi Üniversitesi, 2019.

KARTAL Ayşecan, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın iki yorumu: Halka karşı elitler mi? Halk sağlığını savunan doktorlar mı?, **The Turkish Online Journal of Design Art and Communication**, 11 (2), 2021, pp. 378-392.

KARTAL Filiz, Özelleştirilen Yurttaşlık: Türkiye'de Sağlık Politikalarındaki Dönüşüm, **Amme İdaresi Dergisi**, 42(2), juin 2009, pp. 23-43.

KAYA Aslı, « Sağlık Turizmi Ekonomisi » dans **Sağlık Turizmi** (ed. Hüseyin ERİŞ) », Ankara : İKSAD Publishing House, 2020.

KAYA Sıdıka et al., **Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu 2013**, Hacettepe Üniversitesi & Sağlık Bakanlığı, 2013.

KAZGAN Gülten, **Tanzimat'tan 21. Yüzyıla Türkiye Ekonomisi: Birinci Küreselleşmeden ikinci Küreselleşmeye**, İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 3^{ème} edition, 2006.

KECKLEY Paul H. et UNDERWOOD Howard R., **Medical tourism: consumers in search of value**, Washington DC : Deloitte Center for Health Solutions, 2008.

Kent A. SEPKOWITZ et Leon EISENBERG, Occupational Deaths among Healthcare Workers, **Emerging Infectious Diseases**, Vol. 11(7), July 2005, pp. 1003-1008.

KEYDER Çağlar, « Giriş » dans **Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları | Reformlar, sorunlar, tartışmalar** (ed. KEYDER Çağlar et al.) », İstanbul : İletişim Yayınları, 2007.

KHELIFA Aïssa, **Mondialisation des soins et tourisme médical**, Institut du Montparnasse, Paris, 2013.

KILAVUZ Emine, Medical tourism competition: The case of Turkey, **International Journal of Health Management and Tourism**, 3(1) , 2018, pp. 42-58.

KILIÇARSLAN Menekşe, Swot Analysis of Health Tourism in Turkey, **Electronic Journal of Social Sciences**, 18(71), Summer 2019, pp. 1135-1145.

KIM Haeok Liz et HYUN Sunghyup Sean, The Future of Medical Tourism for Individuals' Health and Well-Being: A Case Study of the Relationship Improvement between the UAE (United Arab Emirates) and South Korea, **International. Journal of Environmental Research and Public Health (IJERPH)**, 19, 2022 , pp. 1-19, DOI : <https://doi.org/10.3390/ijerph19095735>

KOL Emre, Türkiye'de sağlık reformlarının sağlık hakkı açısından değerlendirilmesi, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, 5(1), 2015, pp. 135-164.

KUMARASAMYA Karthikeyan et al., Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological Study, **The Lancet Infectious Diseases**, 10(9), Septembre 2010, pp. 597-602.

KÜP Erkan (Ed.), **Kayseri Sağlık Turizm Çalıştayı / 28 - 29 Haziran 2019**, Kayseri Büyükşehir Belediyesi, Yayın n° 151, 2019.

LABONTÉ Ronald et al. (Ed.), **Travelling Well: Essays in Medical Tourism, Transdisciplinary Studies in Population Health Series**, 4(1), University of Ottawa, 2013.

LAFRENIERE Carolann, **Les effets du tourisme médical sur la résilience des systèmes de santé en Afrique** », Université d'Ottawa, 2018.

LAUNOY Guy et al., Influence of rural environment on diagnosis, treatment, and prognosis of colorectal cancer, **Journal of Epidemiology & Community Health**, 46(4), 1992, pp. 365-367.

LAUTIER Marc, Export of health services from developing countries: The case of Tunisia, **Social Science & Medicine**, 67, 2008, pp. 101-110.

LEFEBVRE Bertrand, « The Indian Corporate Hospitals: Touching Middle Class Lives » dans **Patterns of middle class consumption in India and China** (éd. JEFFRELOT Christophe et VAN DER VEER Peter), SAGE Publications, 2008.

LENG Chee Heng, Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore, **Global Social Policy**, 10(3), 2010, pp. 347-357.

LOHORE Serikpa Georges, **Tourisme et santé, mise en production des territoires par le tourisme médical**, thèse de doctorat, Université de Perpignan, 2018.

LOT Florence et DESENCLOS Jean Claude, Epidémiologie de la transmission soignant/soigné : risque lié au VIH, VHC et VHB, **Hygiènes**, n° 2, 2003/05, pp. 96-100.

LUNT Neil et al., **Medical tourism: Treatments, markets and health system implications: A scoping review**, Paris : OECD, 2011. www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf.

MACREADY Norra, Developing countries court medical tourists, **The Lancet**, 369, 2007, pp. 1849-1850.

MARCOUX Caroline, « Le tourisme médical de bien-être et de beauté. Un marché porteur qui peine à se développer en France », **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 66-69.

MARGUERIT David et REYNAUDI Mathilde, « Quelle place pour la France sur le marché international des soins ? | La note d'analyse », **France Stratégie**, n°27 Mars 2015.

MATELLY Sylvie, Le tourisme, un objet géopolitique, **Revue internationale et stratégique**, (90), IRIS éditions, 2013/2, pp. 57-69.

MATTOO Aaditya et RATHINDRAN Randeep, **Does Health Insurance Impede Trade in Health Care Services?**, World Bank Policy Research Working Paper 3667, 2005, pp. 1-35.

MATTOO Aaditya et RATHINDRAN Randeep, How health insurance inhibits trade in health care, **Health Affairs**, 25(2), 2006, pp. 358-368.

MENVIELLE Loick & MENVIELLE William, Le tourisme médical, une nouvelle façon de voyager, **Téoros**, 29(I), 2010, pp. 109-119.

MENVIELLE Loïck, MENVIELLE William et TOURNOIS Nadine, Panorama du tourisme médical. Une logique de flux migratoires, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 8-20.

MOLLAHALİLOĞLU Salih et al. (ed), **Sağlıkta İnsan Kaynakları ve Politika Oluşturma Çalıştayı**, Yayın n° 718, Ankara : Sağlık Bakanlığı, 2007.

NARANONG Anchana et NARANONG Viroj, The effects of medical tourism: Thailand's experience, **Bulletin of the World Health Organization**, 89, 2011, pp. 336-344.

NOREE Thinakorn, HANEFELD Johanna et SMITH Richard, Medical tourism in Thailand: A cross-sectional study, **Bulletin of World Health Organisation**, 94, 2016, DOI : <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.152165>

NYS Jean François, Migrations internationales et crise des personnels de santé au niveau mondial, **Soins Cadres de santé**, supplément au n°63, 2016, pp. 3-4.

NYS Jean-François, Le tourisme médical. Une conséquence de la mondialisation de la santé, **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 38-51.

OCDE, **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**, Paris : OECD Publishing, 2023, DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

ORMOND Meghann et KASPAR Heidi, « Medical Travel/Tourism and the City » dans **Handbook of Global urban health** (ed. Igor VOJNOVIC et al.), Routledge, 2019.

ORMOND Meghann, « First world treatments at third world prices: The real costs of medical Tourism », dans **Medical Tourism: A growth Industry** (éd. ANAND Rishi et GUPTA Smita) , Hyderabad : ISFAI University Press, 2008, pp. 69-77.

OXFAM, Tendances malsaines | En quoi le financement des hôpitaux privés à but lucratif par les gouvernements des pays riches et la Banque mondiale est préjudiciable et pourquoi il faut y mettre fin, **Oxfam International**, juin 2023.

ÖVGÜN Barış et BERK Pınar, Şehir Hastaneleri Reformunun Uluslararası Boyutu, **Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 13(69), 2020, pp. 1269-1272, DOI : <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2020.3932>

ÖZDEMİR Cansev et KONAK Seher, « Medikal Turizm Kavramı ve Türkiye’de Medikal Turizm » dans **Sağlık Turizmi** (ed. Saadet Pınar TEMİZKAN) », Ankara : Detay Yayıncılık, 2015.

ÖZGÜL Ayhan, **Türkiye’de sağlık Turizmi politikaları üzerine bir değerlendirme**, mémoire de mastère, Isparta : Université Süleyman Demirel, 2014.

ÖZKAN Osman, « Dünyada Sağlık Turizmi’nin Gelişimi ve Öncü Ülkeler » dans **Sağlık Turizmi** (ed. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020.

PAFFORD Bennett, The third wave--medical tourism in the 21st century, **Southern Medical Journal**, 102(8), août 2009, pp. 810-813, DOI : <https://doi.org/10.1097/smj.0b013e3181aa8ce4>

PALA Kayıhan, « Şehir Hastaneleri: Özelleştirmenin Truva Atı », dans **Şehir Hastaneleri Sempozyumu | 11 Mart 2017 Ankara**, TMMOB Mimarlar Odası Ankara Şubesi et Ankara Tabip Odası, 2017.

PELJAK Dominique, La subsidiarité : le défi de l'hôpital du XXI^{ème} siècle, **Gestion**, Vol.27, Éditions HEC Montréal, 2002/3, pp. 134-141.

POCOCK Nicola S. et PHUA Kai Hong, Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand , Singapore and Malaysia, **Globalization and Health**, 7, 2011, pp. 1-12.

PRICEWATERHOUSE COOPERS, **Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs**, PwC Health Research Institute, 2011.

PRUEDSARADCH Pavaris, BUNSUPAPORN Kanchanok et AKARAPHANTH Lapas, Thai Tourism: Sustaining Success, **Insight**, SCB Economic Intelligence Center, 2016.

RAI Anu, **Medical Tourism in Kolkata, Eastern India**, Springer, 2019.

ROEMER Milton Irwin, National Health Systems Throughout The World, **Annual Review of Public Health**, (14), 1993, pp. 335-353, DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.002003>

ROUCHI Alireza Heidary, MAHDAVI-MAZDEH Mitra et ZAMYADI Mahnaz, Compensated living kidney donation in Iran: donor's attitude and short-term follow-up, **Iranian Journal of Kidney Diseases**, Volume 3(1), January 2009, pp. 34-39.

RUGGERI Kai et al., Evidence on global medical Travel, **Bulletin of World Health Organization**, 93, 2015, pp. 785 – 789 Doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.146027>

SANTOS Eric Michael, Taking excellence to heart, **Medical Tourism Magazine**, (5), 2008, pp. 24-26.

SARGUTAN A. Erdal, Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Yaklaşımı, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 8(1), 2005, pp. 88-105.

SAVAŞ Nazan, Dünya Bankası'nın Sağlık Reformları Üzerine Etkisi; Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Örneği, **ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi**, 5(1), 2020, pp. 142-157.

SAYIN Kudret Şevket, YEĞİNBOY Emine Yasemin et YÜKSEL İbrahim, Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirmesi, **İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 32(2), 2017, pp. 289-313.

SEDKAOUI Moezz et VALVERDE Sébastien, L’expérience d’Ypsée sur le marché émetteur français du tourisme médical », **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 62-65.

SEVİN Efe, « Sağlık, İletişim ve Dış Politika: Çin ve Brezilya örnekleri üzerinden Sağlık Diplomasisi » dans **Kamu Diplomasisinde yeni yaklaşımlar ve örnekler** (éd. Gaye Aslı SANCAR), İstanbul : Beta, 2016.

SOMEL Ali, Ekonomik kriz ve sağlık turizmi: Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi neden kuruldu?, **ODTÜ Gelişme Dergisi**, 47 (Aralık), 2020, pp. 205-255.

SOMMET D'ISTANBUL (30 avril - 2 mai 2008), The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism, **Kidney International**, 74(7), 2008, pp. 854-859.

SÖNMEZ Kadriye et al., « Sağlık turizminde insan kaynakları yönetimi » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Hüseyin ERİŞ), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020.

SÖNMEZ Mustafa, **Paran kadar sağlık | Türkiye’de sağlığın ticarileşmesi**, İstanbul : Yordam Kitap, 2017.

SOOD Ankita, **State of Indian Healthcare - Indian cities through the lens of healthcare**, Housing Research, 2021.

SOYER Ata, 1980’den Günümüze Sağlık Politikaları, **Praksis**, 9, Kış-Bahar 2003, pp. 301-319.

SPRENG Connor, **Des partenariats au service de soins de qualité**, Secteur privé & Développement, 22 juillet 2013.

STARFIELD Barbara, Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn From One Another, **Journal of Health Politics, Policy and Law**, 17(4),1992, pp. 613-635.

STOLLEY Kathy et WATSON Stephanie, **Medical tourism : A reference handbook**, ABC-CLIO, 2012.

ŞAHİNBAŞ ERGİNÖZ Gaye, Hitit dönemi Anadolu’sunda tıbbî faaliyetler, **Anadolu Tıbbi Dergisi**, 1(1), 2022, pp. 1-11.

TEMIME Laura, « Contrôler la propagation du SRAS-CoV-2 en milieu de soins : apports de la modélisation » dans **Crise de la connaissance et connaissance de la crise. Les points de vue du Conservatoire national des arts et métiers** (éd. Laurent Cappelletti), EMS Editions, 2022.

TEMİZKAN Saadet Pınar, **Sağlık Turizmi**, Ankara : Detay Yayıncılık, 2015.

TENGİLİMOĞLU Dilaver et Oğuz ISIK (Ed.), **Sağlık Turizmi Yönetimi**, İstanbul Üniversitesi AUZEF Yayınları, (s.d.).

TENGİLİMOĞLU Dilaver, IŞIK Oğuz et AKBOLAT Mahmut, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, Ankara : Nobel, 2018.

TERZİOĞLU Ayşecan, Le tourisme médical en Turquie. Repenser la santé dans un contexte globalisé, **Ethnologie française**, XLIV, 2014/ 2, Éditions PUF, pp. 257-266.

THE WORLD BANK, **Turkey | Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (In Two Volumes), Volume II: Background Papers**, Report n° 24358-TU, Washington : The World Bank, 2003.

TOKMAK Cüneyt, « Termal Turizm » dans **Sağlık Turizmi** (éd. Saadet Pınar TEMİZKAN), Ankara : Detay Yayıncılık, 2015.

TONTUŞ Hacı Ömer, **Tüm yönleriyle Sağlık Turizmi**, Ankara : Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK), 2015.

TOURISM RESEARCH AND MARKETING, **Medical Tourism: a Global Analysis**, TRAM, London, 2006.

TRELCAT Martin, Le patient anglais, nouvelle cible du Centre hospitalier de Calais, **Les cahiers espaces**, 326, Septembre - Octobre 2015, pp. 17-21.

TREMBLAY Monica, **Tourisme médical : quel rôle pour l'État? (Rapport évolutif. Analyse des impacts de la mondialisation sur la santé au Québec; Rapport 9)**, Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, Québec : ENAP, 2012.

TUAL DEQUERCADEC Nolwenn « Le thermalisme français. Chronique d'une mort annoncée ou secteur d'avenir ? », **Les cahiers espaces**, 106 (Tourisme médical), Septembre 2010, pp. 70-77.

TUGAY Deniz A., BERBER İpek C. et AKBULUT Yasemin, **Hastane Büyüklüğünün Belirlenmesi ve Etkileri Üzerine Değerlendirme**, 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 10 Eylül 2013.

TUNA Hakan et AKBAŞ Zafer, **Medikal Turizm ve Türk Dış Politikası**, Ankara : Nobel Bilim Eserler, 2020.

TUNA Hakan, Sağlık Turizmi Kapsamında Geleneksel, Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp Turizmi, **Abant Sosyal Bilimler Dergisi**, 21(1), 2021, pp. 259-281.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ ETİK KURULU « Geleneksel, Alternatif ve Tamamlayıcı Sağlık Uygulamaları (GATSU) Bildirgesi », **Hekim Sözü**, 21, mai/juin 2022, pp. 38-39.

TURNER Leigh, Making Canada a Destination for Medical Tourists: Why Canadian Provinces Should Not Try to Become "Mayo Clinics of the North", **Healthcare policy**, 7(4), 2012, pp. 18-25.

ÜÇER Ali Rıza, « Sağlıkta dönüşüm programının yarattığı talep patlaması » dans **Tıp bu değil 2** (ed. İlknur ARSLANOĞLU) », İstanbul : İthaki Yayınları, 2013.

ULUSLARARASI ŞEFFAFLIK DERNEĞİ, **Şehir Hastaneleri Raporu**, 9 octobre 2020.

USLU Esra, « Termal turizm ve SPA wellness turizmi » dans **Sağlık Turizmi** (éd. ERİŞ Hüseyin), Ankara : İKSAD Publishing House, 2020.

ÜSTÜN Uygur et DEMİR USLU Yeter, Türkiye'nin Sağlık Turizminde Tercih Edilme Nedenleri Üzerine Bir Çalışma: Medikal Turizm Endeksi, **Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi**, (33), 2022, pp. 344-353.

VIALARD ARBAROTTI Lucie, De l'organisation de l'offre de soins aux inégalités d'accès aux soins : la prise en charge du cancer du sein en Ile-de-France, **Revue francophone sur la santé et les territoires** [En ligne], Miscellanées, DOI : <https://doi.org/10.4000/rfst.1703>

Virginie CHASLES, Se déplacer pour se faire soigner : une mobilité en expansion, généralement appelée "tourisme médical", **Géococonfluences**, février 2011, <https://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/tourisme/TourScient2.htm>.

WHITE Joseph, **Competing Solutions | American Health Care Proposals and International Expérience**, Washington D.C : Brookings Institution, 1995.

WHITTAKER Andrea et LENG CHEE Heng, Perceptions of an 'international hospital' in Thailand by medical travel patients: Cross-cultural tensions in a transnational space, **Social Science & Medicine**, 124, 2015, pp. 290-297.

WHO, **Public-private partnerships for health care infrastructure and services: policy considerations for middle-income countries in Europe**, Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2023, www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058605

YIANNAKOULIAS Nikolaos et al., Doctors, patients and influenza-like illness: clinicians or patients at risk?, **Public Health**, n°118, 2004, pp. 527-531.

YILDIRIM Hasan Hüseyin et al., **Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016**, Ankara : Sağlık Bakanlığı SHGM Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2017.

YILDIRIM Hasan Hüseyin, « Piyasa, piyasa başarısızlıkları, sağlık ve sağlık sigortacılığı » dans **Sağlık Sigortacılığı** (éd. Hasan Hüseyin YILDIRIM), yayın n°2527, Eskişehir : Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2012.

YILDIRIM Hasan Hüseyin, **Sağlık Turizmi ve Anadolu Nimetleri: Markalaşma Yolunda Türkiye İçin Stratejik Bir İş Modeli Önerisi**, Ankara : TUSPE Yayınları, 2018.

YILDIRIM Hasan Hüseyin, **Sağlık ve siyaset yazıları**, Ankara : ABSAM, 2016.

YILDIRIM Savaş, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi | Uzmanlık Tezi**, n° 2350, Ankara : Devlet Planlama Teşkilatı, 1994.

YILDIZ Ahmet, **Akreditasyon belgesine sahip bir hastanede çalışan hemşirelerin akreditasyonun hizmet kalitesine etkisi hakkındaki algıları**, mémoire de master, Ankara : Hacettepe Üniversitesi, 2010.

YILDIZ M. Said et M. Mahmud KHAN, Factors Affecting the Choice of Medical Tourism Destination: A Case Study of Medical Tourists from the Arab Region in Turkey, **Journal of Health Management**, 21(4), 2019, pp. 465-475.

YILMAZ Gökhan, KURTARAN Ayten Turan et YÜCESAN Buğra, Sağlık turizmi potansiyelinin incelenmesi: Trabzon ili, **Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi**, (22), 2019, pp. 267-284.

YILMAZ Gözde, **Türkiye Sağlık Sisteminde Reformlar ve Politika Transferi**, İstanbul : Kriter Yayınevi, 2017.

YILMAZ Volkan, Changing origins of inequalities in access to health care services in Turkey: From occupational status to Income, **New Perspectives on Turkey**, (48), 2013, pp. 55-77.

YİRİK Şevket, EKİCİ Remziye et BALTACI Furkan, **Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi (Medikal Turizm)**, Ankara : Detay Yayınları, 2015.

YURTKURAN Merih et al., « Balneotherapy and tap water therapy in the treatment of knee osteoarthritis », **Rheumatology international**, 27(1), 2006, pp. 19-27.

ZAMORA Juan Antonio Casas, **Investment in health and economic growth: a perspective from Latin America and the Caribbean**, XXXV Meeting of The Advisory Committee on Health Research, Havana, 17-19 July, Washington DC : Division of Health and Human Development, 2000.

ZENCİR Mehmet, Çin sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinde dönüşüm | Sosyalist sağlık sisteminden özelleşmiş sağlık sistemine, **Toplum ve Hekim**, 22(3), Mayıs - Haziran 2007, pp. 198-225.

ZHANG Jun, Sangyun SEO et Hoonyoung LEE, The impact of psychological distance on Chinese customers when selecting an international healthcare service country, **Tourism Management**, 35, 2013, pp. 32-40.

SOURCES D'APPUI CONTEXTUEL

AKÇİÇEK Eren, **Atatürk'ün sağlığı, hastalıkları ve ölümü**, thèse de doctorat, İstanbul Üniversitesi, 2000.

ALSAÇ Filiz, **Bölgesel gelişme aracı olarak kümelenme yaklaşımı ve Türkiye için kümelenme destek modeli önerisi**, planlama uzmanlığı tezi, Ankara : Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, 2010.

ARDA Erhan, **Sosyal Bilimler el sözlüğü**, İstanbul : Alfa, 2003.

BAL Hüseyin, **Nitel Araştırma Yöntemi**, Isparta : Fakülte Kitabevi, 2013.

BERKMAN Kerem, **Beşeri sermayenin ekonomik büyüme üzerindeki etkisi : Türkiye örneği**, mémoire de master., Pamukkale Üniversitesi, 2008.

BERNAOUI Radia, **Méthodologie de recherche | Les étapes préliminaires d'un projet de recherche**, Alger : Office des Publications Universitaires, 2018.

BERTA Nathalie, **Le concept d'externalité de l'économie externe à "l'interaction directe" : quelques problèmes de définition**, Documents de Travail du Centre d'Economie de la Sorbonne, 2008.

BLUMENTHAL David et MCGINNIS J Michael, **Measuring vital signs: an IOM report on core metrics for health and health care progress**, JAMA, 313(19), 2015, pp. 1901-1902.

BUISSON-FENET Emmanuel et NAVARRO Marion, **La microéconomie en pratique**, Armand Collin, 2018.

BÜYÜKÖZTÜRK Şener et al., **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Ankara : Pegem Akademi, 2009.

CEMALOĞLU Necati, « Veri Toplama Teknikleri : Nicel – Nitel (Bölüm VI) » dans **Bilimsel Araştırma Yöntemleri**, Abdurrahman TANRIÖĞEN (ed.), Ankara : Anı Yayıncılık, 2009.

CHESNEL Solène et al., **Les clusters ou districts industriels du domaine culturel et médiatique » : revue du savoir économique et questionnement. [Rapport de recherche]**, Département des études, de la prospective et des statistiques du ministère de la Culture. 2013.

DAWSON Catherine, **Araştırma Yöntemlerine Giriş**, çev. Asım ARI, Eğitim Yayınevi, 2015.

DEJOURS Christophe, **Travail, usure mentale**, Paris : Bayard, 2003.

DELİDUMAN Seyithan, **OSB (Organize Sanayi Bölgeleri) Rehberi**, Istanbul : Kazancı Kitap, 2005.

DİNLER Zeynel, **İktisada giriş**, Bursa : Ekin Kitabevi Yayınları, 2000.

DUHAMEL Philippe, Le « surtourisme » ou la rupture d'un contrat habitants/touristes : le cas des lieux touristiques en Europe, **L'Information géographique**, 87(2), 2023, pp. 100-122.

GEFEN David, KARAHANNA Elena et STRAUB Detmar W., Trust and TAM in Online Shopping: An Integrated Model, **MIS Quarterly**, 27(1), 2003, pp. 51–90, DOI : <https://doi.org/10.2307/30036519>

İLETİŞİM BAŞKANLIĞI, **Kamu Diplomasisi Nedir?**, Istanbul : Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı yayınları, 2023.

KIZILTEPE Zeynep, « İçerik Analizi » dans **Nitel Araştırma | Yöntem, Teknik, Analiz ve Yaklaşımları**, Fatma Nevra SEGGIE et Yasemin BAYYURT (ed.), Ankara : Anı Yayıncılık, 2015.

KOCATÜRK Utkan, **Doğumundan Ölümüne Kadar Kaynakçalı Atatürk Günlüğü**, Atatürk Araştırma Merkezi, 2007.

LUNDBERG Donald E., KRISHNAMOORTHY M. et STAVENGA Mink H., **Tourism economics**, John Wiley & Sons, 1995.

LUNE Howard et BERG Bruce L., **Qualitative Research Methods for the Social Sciences**, Essex : Pearson Education, 2017.

NYE Joseph S. Jr, « The Changing Nature of World Power », **Political Science Quarterly**, 105(2), 1990, pp. 177-192, DOI : <https://doi.org/10.2307/2151022>.

ÖZCAN Zeynel Ersin, « İçerik Analizine Giriş » dans **Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri**, (éd. Hasan AYDIN), Eğitim Kitabevi, 2015.

PITTI François, Chine et Inde : vers une stratégie de marque, **En Temps Réel**, Cahier n°38, Avril 2009.

PORTER Michael E., The Competitive Advantage of Nations, **Harvard Business Review**, March–April, 1990, pp. 73-91.

SAK Ramazan et al., Bir araştırma yöntemi olarak doküman analizi, **Kocaeli Üniversitesi Eğitim Dergisi**, 4(1), 2021, pp. 227-250.

SQALPI, **Guide sur le bon usage de l'accréditation dans la réglementation**, Paris : ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services, 2011.

YILDIRIM Ali et ŞİMŞEK Hasan, **Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri**, Seçkin Yayıncılık, 2011.

ZEYBEK Burcu, « Kamu Diplomasisi aracı olarak ülke markalama » dans **Kamu Diplomasisinde yeni yönelimler** (éd. Oğuz GÖKSU) », Konya : Literatürk Academia, 2019.

ARTICLES DE PRESSE ET DIVERS SOURCES WEB

AA, **Turkey sees surge in medical tourism** publié le 01.04.2015, consulté le 10.01.2024 www.aa.com.tr/en/turkey/turkey-sees-surge-in-medical-tourism/61694?

ALİOĞLU Ayşe Mine, **Her şey dahil 31 bin euro!**, mise en ligne le 15 novembre 2018, consulté le 12 avril 2024 sur www.yenisafak.com/gundem/her-sey-dahil31-bin-euro-3408893

ARINCI Rıfat Atilla, **Sağlık Turizmi | getirdikleri, götördükleri**, Webinar organisé par Istanbul Tabip Odası, mise en ligne le 19 janvier 2021 et consulté le 02 mars 2024 sur www.youtube.com/watch?v=QPpLYevYdFY (intervention entre 1h13mn40 et 1h18mn45)

ATASEVER Mehmet, **Türkiye’de hastane planlanması**, Medikal News, publié le 20 février 2023 et consulté le 10 janvier 2024 sur www.medikalnews.com/turkiyede-hastane-planlanmasi/

AYKIRI, **Hastanelerdeki randevu kriziyle ilgili Erdoğan ilk kez konuştu!**, publiée le 04 juin 2022 et consulté le 02 avril 2024 sur www.aykiri.com.tr/hastanelerdeki-randevu-kriziyle-ilgili-erdogan-ilk-kez-konustu/23631/

BENKIMOUN Paul, **Des super-bactéries dans les valises du tourisme médical**, publié le 13 août 2010 et consulté le 18 décembre 2023 sur www.lemonde.fr/planete/article/2010/08/13/des-super-bacteries-dans-les-valises-du-tourisme-medical_1398660_3244.html

BLOCK Daniel, **Les hôpitaux indiens sont remplis d'Américains désespérés**, publié le 14 janvier 2018 et consulté le 13 août 2023 sur www.slate.fr/story/156281/inde-tourisme-medical-systeme-sante-hopitaux

BRAND FINANCE, **Global Soft Power Index 2024**, (s.d), consulté le 15 juillet 2024 sur <https://static.brandirectory.com/reports/brand-finance-soft-power-index-2024-digital.pdf>

BUCHANAN Rose Troup, **Ashya King: Five-year-old arrives in Prague for proton beam therapy treatment**, mise en ligne le 09 septembre 2014, consulté le 24 avril 2024 sur www.independent.co.uk/news/world/europe/ashya-king-fiveyearold-leaves-spanish-hospital-9717530.html

BUSAT, **Sağlık Serbest Bölgeleri Paneli**, mise en ligne le 20 mai 2012 et consulté le 02 mai 2024 sur <https://busat.org.tr/bursa-saglik-serbest-bolgesi-olmaya-aday/>

CDC, **Medical Tourism: Travel to Another Country for Medical Care**, édition révisé le 1 juin 2023 et consulté le 22 décembre 2023 sur wwwnc.cdc.gov/travel/page/medical-tourism

CETRON Marvin, **Discours à l'Université de Delaware**, mise en ligne le 25 juillet 2005 et consulté le 04 mai 2024 sur www1.udel.edu/PR/UDaily/2005/mar/tourism072505.html

ÇİÇEK Sertaç, « **Sağlık Turizmi Forumu'nun 1. Oturumu: Hekim Gözüyle Sağlık Turizmi** », événement organisé par Medikal Akademi, mise en ligne le 20 mars 2021 et consulté le 14 avril 2024 sur <https://www.youtube.com/watch?v=plSDTieUsM> (intervention entre 15mn33 et 16mn20)

CNEWS, **Le tourisme médical en plein boom au Japon**, publié le 21 octobre 2012 et consulté le 7 janvier 2024 sur www.cnews.fr/economie/2012-10-21/le-tourisme-medical-en-plein-boom-au-japon-182932

CRUZ Valdemar, **Tourisme Médical. Sea, sex, sun... et scalpel**, publié le 30 janvier 2008 et consulté le 10 août 2023 sur www.courrierinternational.com/article/2008/01/31/sea-sex-sun-et-scalpel

Denise ZAROUR MEDANG, **Quand des sénégalais désertent leurs hôpitaux**, publié le 07 novembre 2019 et consulté le 01 mars 2024 sur www.senepius.com/sante/quand-des-senegalais-desertent-leurs-hopitaux,

DÜNYA GÖZ, Orta Afrika Cumhuriyeti Dışişleri Bakanı Antoine Gambi Dünyagöz'ü Ziyaret Etti, (s.d.), consulté le 12 décembre 2023 sur www.dunyagoz.com/tr/kurumsal/haberler/orta-afrika-cumhuriyeti-disisleri-bakani-antoine-gambi-dunyagozu-ziyaret-etti

ERDEM Ali Kemal, **8 yılda 18 bin 685 yabancı sağlık çalışanı Türkiye'de çalışmaya başladı: Yabancılar, yurt dışına giden Türk sağlık çalışanlarının yerini doldurabilir mi?**, Independent Türkçe, publié le 4 juillet 2022 et consulté le 28 juin 2024 sur www.indyturk.com/node/528146

ERŞAN Mesude, **A'dan Z'ye şehir hastaneleri: Dikensiz gül bahçesi değiller**, mise en ligne le 25 mars 2024 et consulté le 04 juillet 2024 sur www.diken.com.tr/adan-zye-sehir-hastaneleri-dikensiz-gul-bahcesi-degiller/.

EURONEWS, **Kaşıkçı cinayeti sonrası Suudi Arabistan'dan boykot: Türkiye'ye gelen turist sayısı yüzde 30 düştü**, mise en ligne le 11 juillet 2019 et consulté le 12 avril 2024 sur <https://tr.euronews.com/2019/07/11/kasikc-cinayeti-sonras-suudi-arabistandan-boykot-turkiyeye-gelen-turist-sayisi-yuzde-30-d>

EVRENSEL, **Kanser şüphesine 7 ay sonraya randevu**, mise en ligne le 28 mars 2018 et consulté le 12 avril 2024 sur www.evrensel.net/haber/348914/kanser-suphesine-7-ay-sonraya-randevu

FAKTOIDER, **SPA**, (sd), consulté le 28 janvier 2024 sur www.faktoider.nu/spa_eng.html.

FRENCH HEALTHCARE, **Qu'est-ce que French Healthcare ?**, (s.d.), consulté le 01 mars 2024 sur <https://frenchhealthcare.fr/fr/about/>.

GAYMARD Véronique, **A la Une: Etats-Unis, le décret migratoire révisé ne convainc pas la presse**, mise en ligne le 07 mars 2017 et consulté le 10 février 2024 sur www.rfi.fr/fr/ameriques/20170307-etats-unis-decret-migratoire-revise-convainc-pas-presse

GAZETEDUVAR, **Hastane ruhsatı taksi plakası gibi satılıyor**, publié le 20 septembre 2022 et consulté le 12 janvier 2024 sur www.gazeteduvar.com.tr/hastane-ruhsati-taksi-plakasi-gibi-satiliyor-haber-1581815

GENÇ Uğur, **Sağlık Turizmi Forumu'nun 4. Oturumu: Sağlık Turizmine Stratejik Bakış ve Yurt Dışı Yatırımlar**, événement organisé par Medikal Akademi, mise en ligne le 20 mars 2021 et consulté le 14 avril 2024 sur www.youtube.com/watch?v=JBv6rZ2ZgWI (intervention entre 43mn08 et 43mn25)

GILBOA Eytan, Searching for a Theory of Public Diplomacy, **The Annals of the American Academy of Political and Social Science (AAPSS)**, 616(1), 2008, p. 57.

GODELUCK Solveig, **Le filon du tourisme médical**, Les Echos, publié le 01 février 2019 et consulté le 31 mai 2024 sur www.lesechos.fr/2019/02/le-filon-du-tourisme-medical-1021467

GODELUCK Solveig, **Médecins : les délais s'allongent encore pour les consultations**, Les Echos, publié le 18 novembre 2014 et consulté le 31 mai 2024 sur www.lesechos.fr/2014/11/medecins-les-delaiss-sallongent-encore-pour-les-consultations-297359.

GRANT THORNTON, **Medical tourism in India to touch US\$ 8 billion by 2020: Grant Thornton** mise en ligne le 31 octobre 2015 et consulté le 01 mars 2024 sur [www.grantthornton.in/press-room/medical-tourism-in-india-to-touch-us\\$-8-billion-by-2020-grant-thornton/](http://www.grantthornton.in/press-room/medical-tourism-in-india-to-touch-us$-8-billion-by-2020-grant-thornton/)

HEALTH TÜRKİYE, **A propos de nous**, (s.d.) consulté le 19 mars 2024 sur www.healthturkiye.com/fr/a-propos-de-nous

IMTJ, **Visa problems for Saudi Arabia**, mise en ligne le 21 janvier 2017 et consulté le 13 mai 2024 sur www.laingbuissonnews.com/imtj/news-imtj/visa-problems-for-saudi-arabia/

INDEPENDENT TÜRKÇE, **Tüp bebekte cinsiyet seçimi Dubai'de serbest, Türkiye'de yasak. Diyanet bu konuda ne diyor?**, mise en ligne le 11 septembre 2019, consulté le 15 avril 2024 sur www.indyturk.com/node/69701

INVEST IN TÜRKİYE, **Türkiye Ascends 10 Places in Global Soft Power Index 2024**, Bureau d'Investissement de la Présidence de la République de Turquie, publié le 5 mars 2024 et consulté le 15 juillet 2024 sur www.invest.gov.tr/en/news/news-from-turkey/pages/turkiye-ascends-10-places-in-global-soft-power-index-2024.aspx.

İVEK, **Sağlık serbest bölgesinde yüzde 15 yerli hastaya izin**, mise en ligne le 30 juillet 2012 et consulté le 02 mai 2024 sur www.ivek.org.tr/blog/post-saglik-serbest-boelgesinde-yuezde-15-yerli-hastaya-izin

JDD, **Le tourisme médical mis en cause**, Le Journal du Dimanche, publié le 18 août 2010 et consulté le 15 février 2024 sur www.lejdd.fr/Societe/Le-tourisme-medical-mis-en-cause-214610-3257807

KARAGÖZ Ayşegül, **Sağlık Bakanlığı'nın "onaylı randevu sistemi" fayda etmedi**, publiée le 30 mai 2024 et consulté le 01 juin 2024 sur <https://medyascope.tv/2024/05/30/saglik-bakanliginin-onayli-randevu-sistemi-fayda-etmedi-sikayetler-yuzde-165-artti-doktorun-da-hastanin-da-sucu-yok-tek-suclu-saglik-bakanligi/>

KISA DALGA, **Erdoğan şehir hastanesini överken Unatikan'ı hatırlattı: Artık hastalarınızı Cleveland'a göndermeyin, Cleveland burada**, mise en ligne le 15 avril 2023 et consulté le 15 février 2024 sur https://kisadalga.net/haber/detay/erdogan-sehir-hastanesini-overken-unatikani-hatirlatti-artik-hastalarinizi-clevelanda-gondermeyin-cleveland-burada_64714.

KLİNİKİLETİŞİM, **Mehmet Ali Aydınlar: "Hayatımda Başarısızlığa Yer Olmadı!"**, mise en ligne le 14 février 2024 et consulté le 2 mai 2024 sur www.klinikiletisim.com/mehmet-ali-aydinlarhayatimda-basarisizliga-yer-olmadi

LEBEL Frédérique, **Le tourisme médical**, publié le 14/08/2014 et consulté le 15 mai 2024 sur www.rfi.fr/fr/emission/20140818-tourisme-medical-russes-finlande-allemagne-israel

LELOUP Damien, **Derrière les publicités montrant des enfants atteints d'un cancer, les dérives du tourisme médical en Israël**, Publié le 24 janvier 2022 et consulté le 20 août 2023 sur www.lemonde.fr/pixels/article/2022/01/24/derriere-les-publicites-montrant-des-enfants-atteints-d-un-cancer-les-derives-du-tourisme-medical-en-israel_6110798_4408996.html.

Marie-France BAUD-BABIC, « Crise de la dette des P.V.D. » dans **Encyclopaedia Universalis**, (s.d.), consultée le 24 août 2023 sur www.universalis.fr/encyclopedie/crise-de-la-dette-des-p-v-d

MEDOUCINE, Hydrothérapie, (s.d.) consulté le 2 février 2024 sur www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=hydrotherapie_th.

MEHROTRA Sonal, **5 Delhi Hospitals Fined ₹ 700 Crore For Refusing Free Treatment To Poor**, NDTV, mise en ligne le 13 juin 2016 et consulté le 20 décembre 2023 sur www.ndtv.com/delhi-news/5-delhi-hospitals-fined-rs-700-crore-for-refusing-free-treatment-to-poor-1418267

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Sağlık Turizminin Tanıtımı İşbirliği Protokolü imzalandı**, mise en ligne le 18 octobre 2017 et consulté le 17 mars 2024 sur www.saglik.gov.tr/TR-25957/saglik-turizminin-tanitimi-isbirligi-protokolu-imzalandi.html

NARGUET Guillaume, **Les médecins et le matériel médical tchèques s'exportent bien**, Radio Prague International, mise en ligne le 28 juin 2019 et consulté le 10 janvier 2024 sur <https://francais.radio.cz/les-medecins-et-le-materiel-medical-tcheques-sexportent-bien-8127215>

NTV, « **2022'de 1 milyon kişi Türkiye'ye saç ektirmeye geldi** », publié le 08 janvier 2023 et consulté le 12 février 2024 sur www.ntv.com.tr/saglik/2022de-1-milyon-kisi-turkiyeye-sac-ektirmeye-geldi,Li-l5PFy8UqN0co7SkAj7Q

O. ALBARRAN Eunice, **Trump tira en EU el Obamacare... y activa aquí turismo médico por 5 mdd** mise en ligne le 6 mars 2017 et consulté le 10 février 2024 via la version du 8 mars 2017 archivé sur archive.org www.razon.com.mx/spip.php?article340210.

OMS, **Health diplomacy**, OMS | Bureau Régionale de la Méditerranée Orientale, (s.d.), consulté le 16 juillet 2024 sur www.emro.who.int/health-topics/health-diplomacy/index.html

ONTARIO, **L'Ontario, chef de file en matière de temps d'attente**, publié le 22 mars 2012 et consulté le 22 mai 2024 sur <https://news.ontario.ca/fr/release/20553/ontario-chef-de-file-en-matiere-de-temps-dattente>

PAŞAYİĞİT Şeyma, **Kansere karşı ruhsat mücadelesi: LÖSANTE**, publié le 7 novembre 2019 et consulté le 12 mai 2024 sur www.indyturk.com/node/89231

PETIT-PIERRE Marie-Christine, **Le tourisme médical est en plein essor**, Le Temps, publié le 02 juin 2008 et consulté le 21 février 2024 sur www.letemps.ch/societe/tourisme-medical-plein-essor

PETROL-İŞ, **Bildiriler (2002-2004) | SSK hastaneleri, işçilerin primleriyle kurulmuş özel mülkiyettir**, Istanbul Petrol-İş, 2005, pp. 287-289, consulté le 03 juillet 2024 sur www.petrol-is.org.tr/sites/default/files/petrol_is_vi.pdf

RANGI Marco, **La Thaïlande, paradis du tourisme médical**, L'Express, publié le 28 août 2003 et consulté le 10 juillet 2024 sur www.lexpress.fr/monde/asie/la-thaïlande-paradis-du-tourisme-medical_495517.html

ROUBAUD Jean-Marc, Question parlementaire du député destinée au ministre de la Santé. Question N° 71144, publiée au JO le 26/07/2005, p. 7322, <https://questions.assemblee-nationale.fr/q12/12-71144QE.htm>

SMH, **A slice of the action**, The Sydney Morning Herald, mise en ligne le 29 octobre 2005 et consulté le 10 mars 2024 sur www.smh.com.au/national/a-slice-of-the-action-20051029-gdmcco.html

SOWMIYA Ashok et K. LAKSHMI, **A hub of medical tourism**, The Hindu, 18 juillet 2011, consulté via archive.org depuis la version du 16 septembre 2012 www.thehindu.com/news/cities/chennai/a-hub-of-medical-tourism/article2237677.ece

SPILMONT Aude, **Lyon : une destination pour le tourisme médical**, lyoncapitale.fr, 16 avril 2007.

TAKVİM, **Araplardan Rusya'ya rest!**, mise en ligne le 12 février 2016 et consulté le 28 janvier 2024 sur www.takvim.com.tr/ekonomi/2016/02/12/araplardan-rusyaya-rest

THE BALTIMORE SUN, **Bill would lift cap on foreign nurses**, publié le 24 mai 2006 et consulté le 22 novembre 2023 sur www.baltimoresun.com/2006/05/24/bill-would-lift-cap-on-foreign-nurses

THE ECONOMIST, **How the medical-tourism business thrives**, mise en ligne le 28 juillet 2018 et consulté le 02 mai 2024 sur www.economist.com/business/2018/07/28/how-the-medical-tourism-business-thrives

THE ECONOMIST, **Operating profit**, mise en ligne le 14 août 2008 et consulté le 01 juin 2024 sur www.economist.com/briefing/2008/08/14/operating-profit

TOKAT Esra, **Sağlık sistemindeki kötüye gidiş sandığa yansımali**, Kısa Dalga, publié le 22 janvier 2023 et consulté le 20 mars 2024 sur https://kisadalga.net/haber/detay/saglik-sistemindeki-kotuye-gidis-sandiga-yansimali_53674

TURIZM GÜNCEL, **Kılıçdaroğlu: Sağlık kentleri kurarak Türkiye'yi sağlık turizminde daha da büyüteceğiz**, mise en ligne le 09 mai 2023 et consulté le 14 novembre 2024 sur www.turizmguncel.com/haber/kilicdaroglu-saglik-kentleri-kurarak-turkiyeyi-saglik-turizminde-daha-da-buyutecegiz

TÜRKSOY İnan Yaşar, **Sağlık Turizminde Hasta Başına 5-6 Bin Euro Giriş Oluyor**, 30 Dakika - BloombergHT, mise en ligne le 15 mars 2024 et consulté le 25 mars 2024 sur <https://youtu.be/PQzdSn-84-w?si=Hm0Ucg-tgOTUldXj&t=858> (intervention entre 14mn21 et 15mn04)

TÜSKA, **TÜSKA'dan Akredite Olan Kuruluşlar**, (s.d), consulté le 02 juin 2024 sur <https://tuska.tuseb.gov.tr/akreditasyon/tuskadan-akredite-olan-kuruluslar>

WEF, **Travel & Tourism Development Index 2021 Edition**, World Economic Forum - Data & Analytics, Economy Profiles : Turkey, consulté le 06 mars 2024 sur <https://public.tableau.com/app/profile/world.economic.forum.data.analytics/viz/d3c5c21c93ea03b190c62c51180b/Home>

YILMAZ Cemal, **Türkiye’de sağlık serbest bölgesine ihtiyaç var mı? | Gereklilik mi, fantezi mi?**, mise en ligne le 20 juillet 2022 et consulté le 03 mai 2024 sur www.saglikaktuel.com/yazi/turkiyede-saglik-serbest-bolgesine-ihtiyac-var-mi-7220.htm

YOUNGMAN Ian, **Sanctions and travel restrictions still in place**, Laing Buisson, mise en ligne le 14 avril 2016 et consulté le 19 février 2024 sur www.laingbuissonnews.com/imtj/news-imtj/sanctions-and-travel-restrictions-still-in-place/

YÜCE Müzeyyen, **TTB’den uyarı: Sağlık turizmi hemen durdurulmalı**, mise en ligne le 19 mai 2020 et consulté le 23 janvier 2024 sur www.gazeteduvar.com.tr/gundem/2020/05/19/ttbdn-uyari-saglik-turizmi-hemen-durdurulmalı

PROCES-VERBAL DE LA TBMM

13 mars 2003 Séance : 45
Turhan ÇÖMEZ et Recep AKDAĞ

15 mars 2006 Séance : 75
Canan ARITMAN

14 mars 2007 Séance : 75
İdris Sami TANDOĞDU

02 décembre 2009 Séance : 25
Öznur ÇALIK et Ferit Mevlüt ASLANOĞLU

14 mars 2012 Séance : 78
Aytuğ ATICI

21 février 2013 Séance : 69
ÖZGÜR ÖZEL et Arif BULUT

14 mars 2013 Séance : 78
Ali ÖZ et Muharrem IŞIK

17 décembre 2013 Séance : 34
Aytuğ ATICI

27 mai 2014 Séance : 93
Muharrem IŞIK

13 novembre 2014 Séance : 14
Hülya GÜVEN

13 mars 2015 Séance : 76
Yusuf HALAÇOĞLU

28 novembre 2015 Séance : 6
Nurettin CANIKLI

5 janvier 2016 Séance : 23
Mehmet MÜEZZİNOĞLU

06 janvier 2016 Séance : 24
Ali YİĞİT

10 février 2016 Commission Plan et Budget
Faruk ÇATUROĞLU et Mehmet GÜNAL

03 novembre 2016 Séance : 16
Ali YİĞİT

14 mars 2017 Séance : 81
Ahmet Selim YURDAKUL et İsmail TAMER

17 décembre 2017 Séance : 40
Sibel YİĞİTALP

28 mars 2018 Séance : 78
Naci AĞBAL, Mehmet BEKAROĞLU et Garo PAYLAN

23 juillet 2018 Commission Plan et Budget
Bülent KUŞOĞLU, Banu KÜÇÜKEL, İsmail GÜNEŞ, Gönül ERDEN, Erol KATIRCIOĞLU, Atilla Stephan ATAÇ, Mehmet BEKAROĞLU, Kamil Okyay SINDIR, Atilla ÖDÜNÇ, Garo PAYLAN, Mehmet MUŞ, Eyüp GÜMÜŞ et Necdet İPEKYÜZ

25 juillet 2018 Séance : 10
Süreyya Sadi BİLGİÇ

13 novembre 2018 Commission Plan et Budget
Murat EMİR Garo PAYLAN, Fahrettin KOCA et Mustafa KALAYCI

14 novembre 2018 Séance : 17
Ali Mahir BAŞARIR et Muhammet Emin AKBAŞOĞLU

15 novembre 2018 Séance : 18
Murat ÇEPNİ

20 décembre 2018 Séance : 38
Sefer AYCAN

21 décembre 2018 Séance : 39
Özgür ÖZEL

18 juillet 2019 Séance : 105
Necdet İPEKYÜZ

12 novembre 2019 Commission Plan et Budget
Selin SAYEK BÖKE et Ali ŞEKER

14 décembre 2019 Séance : 33
Sefer AYCAN, Fahrettin KOCA, Sefer AYCAN et Hayati ARKAZ

16 juillet 2021 Séance : 104
Sait DEDE

15 mars 2022 Séance : 66
Aylin CESUR, Necdet İPEKYÜZ, Candan YÜCEER, Arslan KABUKCUOĞLU et Fikret ŞAHİN

16 juin 2022 Séance : 104
Zeki Hakan SIDALI et Hayrettin NUHOĞLU

1 juillet 2022 Séance : 111
Ali Fazıl KASAP

15 novembre 2023 Séance : 21
Ersin BEYAZ

16 décembre 2023 Séance : 37
Fahrettin KOCA

20 février 2024 Séance : 62
Nimet ÖZDEMİR

2 mai 2024 Séance : 77
Ayşe Sibel ERSOY

SOURCES REGLEMENTAIRES ET DOCUMENTS OFFICIELS

MINISTERE DE LA CULTURE ET DU TOURISME DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Stratégie touristique de la Turquie 2023 | Plan d'action 2007-2013**, Ankara : ministère de la Culture et du Tourisme, 2007.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE (SHGM), Sağlık turizmi yetki belgesi almaya hak kazanan aracı kuruluşlar, mise en ligne le 24 mai 2024 et consulté le 8 août 2024 sur <https://sgm.saglik.gov.tr/TR,13237/saglik-turizmi-yetki-belgesi-almaya-hak-kazanan-araci-kuruluslar.html>.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Plan stratégique 2010-2014**, publication n° 788, Ankara : ministère de la Santé, (s.d).

MINISTERE DE LA SANTE DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Plan stratégique 2013-2017**, Ankara : ministère de la Santé, 2012.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA TURQUIE, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 [Annuaire des statistiques de santé 2022]** », Ankara : Ministère de la Santé, 2022

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Programme de développement du tourisme de santé**, Ankara : ministère du Développement, 2015.

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **Programme de développement du tourisme de santé du X^{ème} Plan de développement (2014-2018)**, Ankara : ministère du Développement, 2015.

MINISTERE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPUBLIQUE DE TURQUIE, **X^{ème} Plan de développement (2014-2018)**, Ankara : ministère du Développement, 2013.

OPE, **IX^{ème} Plan quinquennal de développement (2007-2013)**, Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 2006.

OPE, **V^{ème} Plan quinquennal de développement (1985-1989)**, n° 1974, Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 1985.

OPE, **VI^{ème} Plan quinquennal de développement (1990-1994)**, Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 1989.

OPE, **VII^{ème} Plan quinquennal de développement (1996-2000)**, Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 1995.

OPE, **VIII^{ème} Plan quinquennal de développement (2001-2005)**, Ankara : Organisation de Planification de l'État (OPE), 2000.

Règlement relatif aux méthodes et principes de travail des professionnels de la santé étrangers dans les établissements de santé privés en Turquie publié dans le Journal officiel n° 28212 en date du 22 février 2012 : www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/02/20120222-14.htm

ANNEXE 1 : SYNTHÈSE DE L'INDICE DE COMPÉTITIVITÉ DE LA TURQUIE (2021)

Indice de compétitivité de la Turquie	Échelle de 1 à 7	Rang sur 117 pays
Environnement favorable	4.6	64
Environnement d'affaire	3.8	64
Sûreté et sécurité	4.8	90
Santé et hygiène	4.8	63
Ressources humaines et main-d'œuvre	4.4	56
Aptitude technologique	5.2	52
Condition des T&T*	4.6	31
Priorisation des voyages & tourisme	4.4	33
Ouverture internationale	3.4	75
Compétitivité-prix	6.0	18
Infrastructures	4.4	29
Infrastructures de transport aérien	5.0	14
Infrastructures terrestres et portuaires	4.0	40
Infrastructures de services touristiques	4.2	37
Facteurs de la demande des T&T	3.8	20
Ressources naturelles	2.8	49
Ressources culturelles	4.4	13
Ressources Hors loisirs	4.1	23
Durabilité des T&T	3.6	104
Durabilité environnementale	3.6	102
Socio-économique résilience	3.7	77
Pression de la demande des T&T	3.5	103

* T&T : Tourisme et transport

Source: World Economic Forum, 2021

ANNEXE 2 : MESURES DE SOUTIEN SELON LES DECISIONS 2012/4 ET 2015/8

CIRCULAIRE SUR LES PROCEDURES ET PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE DE LA DECISION n° 2015/8 RELATIVE AU SOUTIEN DU COMMERCE DES SERVICES GENERATEURS DE DEVISES

La présente circulaire a pour objet de déterminer les procédures et les principes relatifs à la mise en œuvre de la décision n° 2015/8 relative au soutien du commerce des services générateurs de devises. Un résumé de cette circulaire sera fait ici, et il est possible d'accéder à l'intégralité du texte sur le site web du Journal Officiel⁵⁹⁵.

Les activités qui soutenues

I - Eléments de soutien pour les secteurs du tourisme de santé, de l'informatique, de l'éducation, du cinéma et du conseil en gestion

1) Aide à l'enregistrement et à la protection : Dans le cadre du présent titre, toutes les dépenses obligatoires telles que les services de l'office des marques/brevets, le conseil, la recherche, l'examen, etc., concernant l'enregistrement du produit/service au nom d'une autre entreprise/organisation dans un pays concernant l'enregistrement du produit/service à l'étranger ou l'enregistrement de la marque dans à l'étranger sont prises en charge.

2) Assistance en matière de conseil pour les rapports et les acquisitions d'entreprises à l'étranger : Afin de prendre en charge les dépenses liées aux études de marché, aux activités d'exploration de données/de suivi/évaluation de données relatives au secteur, au pays, à la législation internationale, aux rapports d'entreprises étrangères ou de marque (y compris les rapports financiers et juridiques) et aux services de conseil (y compris les conseils financiers et juridiques) pour les acquisitions de sociétés étrangères, les bénéficiaires opérant dans les secteurs du tourisme de santé, de l'informatique, de l'éducation et du cinéma doivent faire la demande auprès du ministère de l'Économie avec les documents nécessaires et obtenir une approbation préalable avant même de commencer à recevoir le rapport ou le service de conseil concerné. L'approbation préalable est donnée en tenant compte de l'expérience de l'organisation qui prépare le rapport/fournit le service de conseil, de son domaine d'expertise, du travail qu'elle a effectué et du contenu du rapport/service de conseil. Les dépenses effectuées après la date d'approbation préalable entrent dans le champ d'application de l'aide. Les rapports à acheter dans le cadre de cet article doivent être d'une durée maximale de 2 (deux) ans à compter de la date de publication.

3) Soutien à la certification : Dans le cadre des dépenses liées aux documents/certificats requis pour l'exportation des services ou pour l'ouverture et/ou le fonctionnement du centre ou du bureau de pré-diagnostic, les dépenses suivantes sont prises en charge.

⁵⁹⁵ Décision n° 2015/8 relative au « Soutien du commerce des services générateurs de devises » publiée au journal officiel n° 29374 du 2 juin 2015
<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150602-5.htm>

- a. Frais de demande et d'examen des documents
- b. Frais d'audit de certification
- c. Frais d'utilisation des documents
- d. Frais d'inscription pour la première année
- e. Frais de conseil
- f. Frais d'études

Un maximum de 15.000 USD sera octroyé pour chaque document de cette clause.

4) Soutien à la publicité, à la promotion et au marketing : afin de bénéficier du soutien dans le cadre de cet article, il est essentiel que les demandes de dépenses de soutien pour les activités de publicité, de promotion et de marketing atteignent le bon public cible, que le choix du lieu d'organisation soit approprié et que la transmission du message promotionnel soit effectuée par des méthodes de communication efficaces. Les dépenses promotionnelles effectuées en turc par le biais de médias tels que la télévision, la radio, l'Internet et les publications des compagnies aériennes et/ou effectuées pour les marchés nationaux ne sont pas prises en compte dans le champ d'application de l'aide.

5) Soutien aux unités internationales :

Les bénéficiaires opérant dans les secteurs du tourisme de santé, de l'informatique, de l'éducation, du cinéma et du conseil en gestion peuvent également bénéficier de cette aide pour leurs unités ouvertes avant la date de publication de la présente décision.

Les demandes de soutien pour les loyers bruts (y compris les impôts/redevances/redevances) et des frais de commission des unités internationales seront effectuées après les paiements de ces frais.

6) Soutien au conseil : Le soutien aux dépenses pour les services de conseil à recevoir sur la stratégie de marketing, la structure du marché étranger et l'entrée sur le marché afin d'accroître l'avantage concurrentiel sur les marchés internationaux est accordé pour les bénéficiaires opérant dans les secteurs du tourisme de santé, de l'informatique, de l'éducation et du cinéma. Ce soutien est accordé en tenant compte de l'expérience de l'organisation fournissant le service de conseil, de son domaine d'expertise, du travail qu'il a effectué et du contenu du service de conseil.

7) Aide à la commission des agences : Cette aide est accordée afin de soutenir les dépenses de commission versées aux agences pour le patient ou l'étudiant étranger qui vient dans notre pays dans les secteurs de la santé, du tourisme et de l'éducation, ainsi que pour la vente et/ou la distribution à l'étranger des productions/produits du cinéma ou de l'informatique. Dans les factures reçues pour le service d'agence, la nature de l'activité en question doit pouvoir être identifiable.

II - Soutiens supplémentaires pour les secteurs de la santé, du tourisme et de l'éducation

1) Soutien aux services d'interprétation : Les demandes de prise en charge des frais d'interprétation sont effectuées par les établissements de santé au moins une fois par trimestre.

2) Prise en charge des frais de transport des patients : Les demandes de prise en charge des frais de transport des patients internationaux traités en Turquie en classe économique sont faites par l'établissement de santé ou par la compagnie aérienne. Si le transport est effectué en classe supérieure, le soutien ne peut pas dépasser le montant du paiement à effectuer pour la classe économique. Les patients qui ne sont pas enregistrés à l'établissement de santé au plus tard dans les 7 (sept) jours suivant la date d'entrée dans le pays ne seront pas considérés comme entrant dans le champ d'application du soutien.

3) Soutenir les activités de promotion et d'éducation exclusivement pour l'étranger menées localement dans le pays : Afin de soutenir les dépenses liées aux activités de promotion et de marketing/formation organisées exclusivement à l'étranger avec la participation d'académiciens / experts / personnes concernées ou de représentants d'institutions et d'organisations qui ont été invités de l'étranger, une demande doit être faite par l'établissement de santé ou l'établissement d'enseignement concerné avant le début de l'événement. Dans le cadre de cet article, les dépenses suivantes sont prises en charge :

- a. Les frais de transport et de transfert en classe économique des invités étrangers participant à l'organisation
- b. Les frais d'hébergement (chambre et petit-déjeuner) des invités étrangers participant à l'organisation, jusqu'à 150 USD par jour.
- c. Les frais de traduction
- d. Les frais d'organisation, de promotion et formation (frais de location du lieu, frais de location d'outils et d'équipements techniques connexes, frais de nourriture et de restauration, etc.)
- e. les frais de relations publiques et de services de conseil.
- f. Dépenses pour les catalogues, les brochures et les matériels promotionnels.

IV- Programme de soutien aux Organismes de Coopération

1) Soutenir les programmes de délégation commerciale et d'acheteur : Afin de soutenir les dépenses liées aux programmes de délégation commerciale et d'acheteur organisés par les organisations de coopération opérant dans les secteurs du tourisme de santé, de l'informatique, du cinéma et de l'éducation, l'organisation de coopération doit donner une notification préalable au moins 3 (trois) mois avant la date de début du programme.

Afin d'accélérer l'entrée sur les marchés internationaux, le ministère de l'Economie peut organiser des délégations commerciales et/ou d'approvisionnement. Dans ce cas, cette période et cette approbation préalable ne sont pas requises pour les programmes de délégation organisés par le ministère.

Dans le cadre de cet article, les dépenses suivantes sont prises en charge :

- a. Les frais de transport et de transfert internationaux et/ou interurbains en classe économique de maximum 2 (deux) représentants de l'organisation de coopération qui organise l'événement ou des invités participant à l'événement
- b. Les frais d'hébergement (chambre et petit-déjeuner) pour maximum 2 (deux) représentants de l'organisation de coopération qui organise l'événement ou des invités participant à l'événement, jusqu'à 150 USD par jour

- c. Les frais de traduction
- d. Les frais d'organisation de séminaires, de conférences, de réunions et de réunions bilatérales (frais de location du lieu, frais de location d'outils et d'équipements techniques connexes, frais de nourriture et de restauration, etc.)
- e. Les frais de promotion visuelle, écrite et audio
- f. Les frais de relations publiques et de services de conseil
- g. Les dépenses pour les catalogues, les brochures et le matériel promotionnel
- h. Frais d'inscription pour la participation à la foire
- i. Les frais dépensés pour les délégations préliminaire à engager dans le cadre des délégations commerciales approuvées ou organisées par le Ministère (Les frais de transport et d'hébergement d'un maximum de 2 (deux) représentants d'organisation/ de bénéficiaire affectés à l'étranger dans le cadre de la délégation préliminaire sont pris en charge dans les conditions spécifiées aux alinéas [a] et [b] du présent article).

Les organisations de coopération peuvent bénéficier d'un soutien pour un maximum de 10 (dix) programmes commerciaux et 10 (dix) programmes de délégation d'acheteurs au cours d'une année civile. À l'exception des programmes de délégation commerciale et d'acheteur organisés par le Ministère, les programmes de délégation commerciale et d'acheteur auxquels participent au moins 4 (quatre) bénéficiaires sont soutenus. Il n'y a pas de limite de nombre de participants aux programmes des de délégation d'approvisionnement.

**SUITE À LA DECISION PRESIDENTIELLE n° 5448⁵⁹⁶ LE CHAMP
D'APPLICATION DES AIDES FOURNIES PAR LE MINISTERE DU
COMMERCE POUR LE TOURISME DE SANTE A ETE ELARGI COMME
SUIT ;**

Soutien à l'enregistrement et à la protection

Les dépenses des bénéficiaires opérant dans le secteur du tourisme de santé concernant l'enregistrement et la protection de leurs marques enregistrées dans les pays étrangers sont prises en charge à un taux de 60 % et jusqu'à un maximum de 600.000 TL par an.

Soutien aux documents d'entrée sur le marché

Les dépenses des bénéficiaires opérant dans le secteur du tourisme de santé concernant les documents, certificats ou accréditations déterminés par le ministère sont prises en charge à un taux de 60 % et un maximum de 600.000 TL par document.

Les commissions d'agence

Les frais de commission d'agence des établissements de santé et des bénéficiaires déterminés par le ministère sont pris en charge à un taux de 60 % pendant un maximum de 5 ans et un maximum de 1.200.000 TL par an.

Les dispensaires et les polycliniques bénéficient de ce soutien à hauteur de 240.000 TL par an, ainsi que les autres établissements de santé et établissements d'hébergement à hauteur de 1.200.000 TL par an.

Aide pour l'assurance-santé de voyage et des complications

⁵⁹⁶ Décision présidentielle n° 5448 relative à « L'identification, à la classification et au soutien des exportations de services » publiée au journal officiel n° 31815 du 20 avril 2022 ; <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/04/20220420-10.pdf>

Les frais d'assurance santé de voyage et des complications effectués auprès des compagnies d'assurance se trouvant en Turquie par les bénéficiaires opérant dans le secteur du tourisme de santé pour leurs patients venant en Turquie pour un traitement sont pris en charge à hauteur de 70 % et à un maximum de 2.400.000 TL par bénéficiaire et par an.

Soutien à l'emploi

Les salaires bruts des traducteurs, du personnel des centres d'appels, des guides, des spécialistes des médias sociaux et des spécialistes du marketing employés par les bénéficiaires opérant dans le secteur du tourisme de santé, ainsi que du personnel soignant et des travailleurs sociaux employés par les bénéficiaires opérant dans le domaine des soins sont soutenus à 60 % avec un plafond maximal de 18.000 TL par mois, pour un maximum de 600.000 TL par clinique et polyclinique par an, et d'un maximum de 2.400.000 TL par an pour les autres bénéficiaires du secteur du tourisme de santé. Les bénéficiaires bénéficient de cette aide pour une durée maximale de 5 ans.

Soutien à la formation en langues étrangères et tourisme de santé

Les dépenses de formation du personnel employé par les bénéficiaires opérant dans le secteur du tourisme de santé pour les langues étrangères et du tourisme de santé jugées appropriées par le Ministère sont soutenus à 60 %, avec un plafond maximal de 240.000 TL par clinique et polyclinique par an, et d'un plafond de 960.000 TL par an et pour les autres bénéficiaires du secteur du tourisme de santé.

Prise en charge des déplacements des patients :

Les frais de billet d'avion des patients amenés en Turquie pour y être soignés par les établissements de santé et les organisations intermédiaires de tourisme de santé qui ont conclu un protocole avec le ministère sont pris en charge à hauteur de 60 % avec un maximum de 12.000 TL par patient pendant maximum de 5 ans.

Les cliniques et polycliniques bénéficient de ce soutien à hauteur de 600.000 TL par an, et les autres bénéficiaires du tourisme de santé à hauteur de 6.000.000 TL par an.

Soutien à la publicité, à la promotion et à la commercialisation

Les dépenses des bénéficiaires et des organismes de coopération liées aux activités de publicité, de promotion et de marketing à l'étranger sont prises en charge pour une durée maximale de 5 ans à hauteur de 60 % pour les bénéficiaires et de 70 % pour les organismes de coopération. Les cliniques et polycliniques bénéficient de ce soutien à hauteur de 2.400.000 TL par an, les autres bénéficiaires du secteur du tourisme de santé à hauteur de 6.000.000 TL par an, les organismes de coopération à hauteur de 9.600.000 TL par an, les bénéficiaires et les organismes de coopération opérant dans le secteur du tourisme sportif à hauteur de 1.200.000 TL par an.

Soutien aux unités :

Les frais bruts de loyer, y compris les taxes, droits et redevances, les commissions pour un maximum de 25 unités de bénéficiaires et d'organisations de coopération opérant dans le secteur du tourisme de santé, ainsi que les frais de certification liés à l'ouverture ou à l'exploitation des unités pendant un maximum de 5 ans pour chaque pays sont soutenus à hauteur de 60 % pour les bénéficiaires et de 70 % pour les organisations de coopération et d'un maximum de 1.440.000 TL par unité et par an. Les cliniques et polycliniques bénéficient de ce soutien avec un maximum de 600.000 TL par unité et par an.

Soutien à la participation à des événements à l'étranger :

ARTICLE 11- Les dépenses liées aux événements à l'étranger déterminés par le ministère, auxquels les bénéficiaires et les organisations de coopération participent individuellement ou bien au niveau national, sont soutenus à hauteur de 60 % pour les bénéficiaires, de 70 % pour les organisations de coopération et d'un maximum de 300.000 TL par événement. Si l'événement est l'un des événements de prestige déterminés par le ministère, les mêmes taux sont appliqués pour un maximum de 3 événements de prestige organisés au cours d'une année civile et jusqu'à un maximum de 600.000 USD par événement.

Soutien promotionnel pour une organisation de participation nationale :

Les dépenses promotionnelles des organisations de coopération et des organisateurs nationaux de participation concernant l'événement national de participation sont prises en charge à hauteur de 70 % et d'un maximum de 1.440.000 TL par événement.

Aide à la participation à des événements nationaux :

Les dépenses des bénéficiaires et des organisations de coopération concernant leur participation individuelle à des événements nationaux déterminés par le ministère sont prises en charge à hauteur de 60 % pour les bénéficiaires, de 70 % pour les organisations de coopération et d'un maximum de 300.000 TL par événement.

Soutien à la promotion et à la formation au niveau national :

(1) Les dépenses des programmes de formation et de promotion réalisés exclusivement pour la promotion des installations et des services organisés par les bénéficiaires et les organisations de coopération opérant dans le secteur du tourisme de santé avec la participation d'académiciens, d'experts, de membres de la presse, d'expérimentateurs, de représentants d'institutions sectorielles ou d'organisations invitées depuis l'étranger et qui sont approuvés par le Ministère sont prises en charge à hauteur de 60 % pour les bénéficiaires et de 70 % pour les organismes de coopération, pour maximum 5 fois par année civile.

(2) Les bénéficiaires du programme national de promotion et de formation bénéficient d'un soutien d'un montant maximal de 600.000 TL et les organisations de coopération de 1.200.000 TL par programme.

Soutien au placement de produit :

Les dépenses de placement de produits dans les films, documentaires, séries, films d'animation et des formats de programmes et de jeux numériques projetés à l'étranger sont prises en charge à hauteur de 60 % pendant un maximum de 5 ans avec un plafond annuel maximal de 1.200.000 TL pour les bénéficiaires et de 70 % de taux de soutien avec un plafond annuel maximal de 2.400.000 TL par an pour les organismes de coopération.

Soutien aux délégations d'achats sectoriels et aux délégations commerciales sectorielles :

Les dépenses des organismes de coopération opérant dans les secteurs de la santé et/ou du tourisme sportif dans le cadre du programme de délégation sectorielle des marchés commerciaux et sectoriel des marchés publics, qui est approuvé par le ministère et réalisé au maximum 5 fois par année civile, sont prises en charge à hauteur de 70 % et d'un maximum de 1.800.000.TL par programme.

Soutien au projet HİSER

(1) Les dépenses pour l'analyse des besoins, de formation, de conseil et de promotion liés aux projets HİSER des organisations de coopération opérant dans le secteur du tourisme de santé approuvés par le ministère sont prises en charge à hauteur de 75 % et d'un maximum de 6.000.000 TL par projet.

(2) Les dépenses liées au projet HİSER, avec un maximum de 5 délégations commerciales sectorielles et des programmes de délégation sectorielle d'acheteurs par an au cours d'une année civile sont prises en charge à un taux de 75 % et à un maximum de 1.800.000 TL par programme.

(3) 75 % du salaire brut d'un maximum de 2 personnes expertes employées par des organisations de coopération en même temps sont pris en charge à hauteur de 18.000 TL par mois et par employé pour la planification des projets HİSER sur la base de la compréhension du regroupement et de l'organisation des activités du projet.

(4) La durée du projet HİSER est de 3 ans. La durée du projet peut être prolongée jusqu'à 2 ans par le ministère en fonction de la performance du projet.

Soutien à l'organisation de salons virtuels

Les frais d'organisation des organismes de coopération opérant dans les secteurs de la santé et/ou du tourisme sportif concernant les foires virtuelles approuvées par le ministère et ayant organisé un maximum de 5 foires virtuelles par année civile sont prises en charge à hauteur de 70 % et d'un maximum de 960.000 TL par activité.

Soutien au développement et à la promotion des secteurs du tourisme de santé et du sport

Les dépenses des regroupements approuvés par le ministère;

a) liées à la construction, à la maintenance, à la mise à jour, à l'exploitation, à la promotion du portail et à l'emploi du personnel des centres d'appels du portail pour le développement des secteurs des services de santé et de tourisme sportif et la création d'une marque et d'une image de service turques positives,

b) liées aux frais d'abonnement à l'information et à l'information sur le marché pour les secteurs du tourisme de santé et du sport,

c) liées à l'examen, au suivi et à la finalisation des demandes pour la facilitation d'entrée des personnes qui visiteront notre pays dans le cadre du tourisme de santé,

sont prises en charge à un taux de 100 % pendant un maximum de 5 ans et un maximum de 9.600.000 TL par an.

Soutien aux compétitions et aux événements

Les dépenses liées à une compétition ou un événement organisés par des organismes de coopération pour les secteurs de la santé et des sports, et qui sont approuvés par le ministère au cours d'une année civile sont prises en charge à hauteur de 70 % et d'un maximum de 2.400.000 TL par événement, et pour maximum 1 compétition ou événement au cours d'une année civile.

ANNEXE 3 : TOURISME DE SANTE DANS LES PLANS DE DEVELOPPEMENT

PRESENTATION DES SECTIONS SUR LE TOURISME DE SANTE DANS LE « XI^{EME} PLAN » (2019-2023)

CHAPITRE I

2. DÉVELOPPEMENTS ET TENDANCES À L'ÉCHELLE MONDIALE

2.1. TENDANCES MONDIALES ET INTERACTION AVEC LA TURQUIE

Reconstruction des services de santé due au développement de la technologie

63. Il est attendu que le secteur du tourisme de santé se développe avec l'amélioration de l'accès à l'information sur les pays qui sont plus attractifs en termes de prix et de qualité des services de santé et de facilité de transport. (Page 9)

L'interaction des développements mondiaux en Turquie

94. Avec le vieillissement de la population de notre pays, le fardeau des maladies chroniques et les coûts augmentent. Par conséquent, il est de plus en plus important d'accroître l'efficacité de la prestation des services et de transformer les progrès technologiques en opportunités et de mettre en évidence le potentiel de notre pays sur le marché du tourisme de santé. (Page 12)

CHAPITRE II

2. OBJECTIFS ET POLITIQUES DU PLAN

2.2. PRODUCTION COMPÉTITIVE ET EFFICACITÉ

2.2.2. DOMAINES DE DEVELOPPEMENT PRIORITAIRES

2.2.2.3. Tourisme

b. Politiques et mesures

425.1. Les marchés où la demande pour des types de tourisme plus générateurs de revenus tels que la gastronomie, le golf, la santé, les croisières, les mariages, la religion, les congrès et le shopping seront identifiés et des efforts seront faits pour augmenter le nombre de visiteurs en provenance de ces pays pour ces types de tourisme.

425.2. Des activités de promotion et d'investissement seront menées pour le développement du tourisme de santé, ce qui permettra d'augmenter la durée moyenne du séjour et d'assurer la diffusion du tourisme tout au long de l'année. (Page 95)

2.3. DES PERSONNES QUALIFIÉES, UNE SOCIÉTÉ FORTE

2.3.3. Santé

b. Politiques et mesures

589. La popularité et la préférence de notre pays dans le domaine du tourisme de santé seront développées et la capacité des services de tourisme de santé sera améliorée en termes de qualité et de quantité.

589.1. Les dispositions juridiques relatives au tourisme de santé seront achevées, l'infrastructure d'accréditation et d'audit sera renforcée.

589.2. L'intégration du tourisme médical avec le tourisme thermal ainsi qu'avec le tourisme des personnes âgées et de la réadaptation sera réalisé.

589.3. Des activités de promotion et de commercialisation de notre pays dans le domaine du tourisme de santé seront menées. (Page 137)

PRESENTATION DES SECTIONS SUR LE TOURISME DE SANTE DANS LE « XII^{ÈME} PLAN » (2024-2028)

CHAPITRE II - STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT À LONG TERME (2024-2053) ET PRINCIPAUX OBJECTIFS, PRINCIPES ET POLITIQUES DU XII^{ÈME} PLAN DE DÉVELOPPEMENT (2024-2028)

1. STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT À LONG TERME (2024-2053)

1.2. LA TURQUIE EN 2053

278. (...) Lorsque la Turquie sera la capitale mondiale du tourisme de santé en 2053, elle sera propulseur pour l'expansion au niveau mondial des applications de soins de santé utilisant les technologies de réseau avancées robotiques et n'ayant pas de dépendance spatial. (Page 49)

3. OBJECTIFS ET POLITIQUES DU PLAN

3.1. CROISSANCE STABLE, ÉCONOMIE FORTE

364.3. La capacité de service dans le domaine du tourisme de santé sera améliorée en termes de qualité et de quantité, les activités d'accréditation seront effectuées et les activités de promotion et de marketing accroîtront. (Page 65)

3.2. PRODUCTION COMPÉTITIVE AVEC LA TRANSFORMATION VERTE ET NUMÉRIQUE

3.2.2. Zones de développement prioritaires

3.2.2.4. Tourisme

b. Politiques et mesures

527. Afin d'accroître les recettes touristiques par visiteur, les branches du tourisme qui laissent plus de revenus seront développées.

528. Des activités de promotion seront menées afin d'accroître les recettes touristiques, de renforcer les marchés existants, de créer de nouveaux marchés et d'atteindre les visiteurs ayant une tendance à beaucoup dépenser. (Page 111)

3.3. DES PERSONNES QUALIFIÉES, UNE FAMILLE FORTE, UNE SOCIÉTÉ SAINE

3.3.3. Santé

713. La capacité des services de tourisme de santé sera améliorée en termes de qualité et de quantité, et la popularité de notre pays sur la scène internationale accroîtra.

713.1. « Health Türkiye » deviendra une marque mondiale, et dans ce contexte, les activités de promotion et de marketing de notre pays dans le domaine du tourisme de santé seront menées.

713.2. Le système de surveillance des établissements de santé et des établissements intermédiaires opérant dans le domaine du tourisme de santé et disposant d'un certificat d'autorisation sera renforcé.

713.3. L'accréditation des établissements de santé dans le domaine du tourisme de santé sera encouragée.

713.4. Des pratiques seront développées pour la diffusion du tourisme de santé dans les zones à forte valeur ajoutée.

713.5. L'infrastructure nécessaire sera mise en place pour le suivi à distance des bénéficiaires du tourisme de santé. (pages 167-168)

ANNEXE 4 : TOURISME DE SANTE DANS LES PLANS STRATEGIQUES

PRESENTATION DES SECTIONS SUR LE TOURISME DE SANTE DANS LE « PLAN STRATEGIQUE 2013-2017 DU MINISTERE DE LA SANTE »

Objectif stratégique 4 : Continuer à développer le système de santé en tant que moyen à contribuer au développement économique et social de la Turquie et à la santé mondiale »

Le système de santé doit contribuer au développement économique et social du pays. Pour cela, le système doit être financièrement viable, l'innovation doit être encouragée, la contribution du secteur de la santé à l'économie et le tourisme de santé doit être renforcé. La performance du système doit être surveillée et la contribution de la santé à l'économie doit être révélée. De cette façon, le pays peut à la fois avoir son mot à dire dans les politiques de santé mondiale et contribuer à la santé mondiale.

SH 4.5. Le renforcement du tourisme de santé en Turquie

Stratégies ciblées pour atteindre le but

4.5.1. Promouvoir et créer de l'attractivité dans le cadre du tourisme de santé

- Coopérer avec le ministère de la Culture et du Tourisme pour la promotion du tourisme de santé au niveau international
- Coopérer avec le ministère de la Culture et du Tourisme pour promouvoir le tourisme de santé auprès des touristes étrangers qui viennent dans notre pays
- Créer des programmes de marketing du tourisme de santé lors de foires à portée internationale
- Collaborer avec des compagnies aériennes internationales pour promouvoir le tourisme de santé
- S'engager dans une coopération intersectorielle pour intégrer le tourisme de santé et les autres services touristiques.

4.5.2. Améliorer la qualité de la prestation de services dans le cadre du tourisme de santé

- Déterminer les normes des établissements de santé qui fourniront des services de tourisme de santé
- Accroître les capacités en matière d'infrastructure, d'éducation et de technologie des établissements de santé proposant le tourisme de santé
- Augmenter le nombre d'établissements de santé agréés fournissant des services de tourisme de santé
- Effectuer et faire effectuer des inspections nationales et internationales des installations fournissant des services de tourisme de santé

4.5.3. Élargir le champ d'application des services de tourisme de santé

- Déterminer les normes du tourisme de santé pour le tourisme thermal (Cure thermique + Spa & Bien être) et les soins destinés aux personnes âgées.
- Accroître la capacité d'infrastructure, de formation et de technologie du tourisme de santé pour le tourisme thermal (Cure thermique + Spa & Bien être).
- Augmenter le nombre d'établissements accrédités fournissant des services de tourisme de santé pour le tourisme thermal (Cure thermique + Spa & Bien être).
- Assurer l'intégration des activités de tourisme de santé et des pratiques de médecine alternative fondées sur des données confirmées.

4.5.4. Améliorer la gouvernance du tourisme de santé

- Mettre en place des conseils consultatifs scientifiques pour s'assurer que les pratiques de tourisme de santé sont fondées sur des données probantes

PRESENTATION DES SECTIONS SUR LE TOURISME DE SANTE DANS LE « PLAN STRATEGIQUE 2019-2023 DU MINISTERE DE LA SANTE »

Contribuer au développement socio-économique de notre pays et à la santé mondiale; développer la technologie nationale dans les industries de la santé et augmenter la production nationale.

Œuvrer pour que notre pays figure parmi les pays sollicités en matière de tourisme de santé.

3.8. Analyse PESTEL

Il y a deux conclusions principales dans la dimension politique de l'analyse PESTEL. La première, (...) La seconde conclusion, est la politique d'expansion des hôpitaux de ville. Dans ce contexte, le développement du tourisme de santé est présenté comme une opportunité. La principale étape à franchir pour concrétiser cette opportunité sera de promouvoir les hôpitaux de ville dans le cadre du tourisme de santé.

Objectif	A5: Accroître la satisfaction des citoyens ainsi que du personnel de santé et assurer la durabilité du système de santé						
Cible	H5.7: Renforcer la prestation des services de santé via le modèle de l'hôpital de ville						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	Fréquence de contrôle	Fréquence de rédaction de rapport
PG5.7.3: Nombre d'unités de patients internationaux ouvertes dans les hôpitaux de ville (cumulé) <i>Impact sur la cible : 20 %</i>							
-	-	2	3	4	5	1 an	1 an
Unité responsable : Direction Générale des Hôpitaux Publics							
Unités à coopérer : Direction Générale des Investissements de Santé Direction Générale des Services de Gestion USHAŞ							
Stratégies	(...) 5.7.3 Des infrastructures capables de fournir des services efficaces de tourisme de santé dans les hôpitaux de ville seront mises en place et des processus seront définis (...)						
Points relevés	(...) Manque de définition des zones et des besoins en personnel pour le tourisme de santé dans les hôpitaux de la ville. (...)						
Besoins	(...) Déterminer les domaines de tourisme de santé et le besoins en personnel dans les hôpitaux de ville. (...)						
Page 158 – 159							

Objectif	A5: Accroître la satisfaction des citoyens ainsi que du personnel de santé et assurer la durabilité du système de santé
Cible	H5.8: Mettre à jour le modèle de financement de la santé en tenant compte de la viabilité financière et de la protection des individus contre le risque financier
Points relevés	(...) Faible part des hôpitaux publics dans les revenus du tourisme de santé (...)
Besoins	(...) Œuvrer pour augmenter la part des hôpitaux publics dans les revenus tirés du tourisme de santé (...)
Pages 160-162	

Objectif	A6: Contribuer au développement socio-économique de notre pays et à la santé mondiale; développer la technologie nationale dans les industries de la santé et augmenter la production nationale.						
Cible	H6.3: Œuvrer pour que notre pays figure parmi les pays sollicités en matière de tourisme de santé.						
2018	2019	2020	2021	2022	2023	Fréquence de contrôle	Fréquence de rédaction de rapport
PG6.3.1: Nombre de touriste de santé (cumulatif) <i>Impact sur la cible : 30 %</i>							
551.748	673.133	821.222	1.000.000	1.222.000	1.500.000	1 jour	1 mois
PG6.3.2: Nombre d'établissements autorisés pour le tourisme de santé (cumulatif) <i>Impact sur la cible : 10 %</i>							
547	700	800	900	1.000	1.100	1 jour	1 mois
PG6.3.3: Taux d'achèvement des efforts pour la création de la marque de tourisme de santé en Turquie (%) <i>Impact sur la cible : 30 %</i>							
-	80	100	-	-	-	1 an	5 ans
PG6.3.4: Nombre d'établissement accrédités (cumulatif) <i>Impact sur la cible : 10 %</i>							
51	60	70	80	90	100	1 an	1 an
PG6.3.5: Revenus du tourisme de santé (en millions de dollars par année) (cumulatifs) <i>Impact sur la cible : 20 %</i>							
1.110	1.887	3.208	5.453	8.000	10.000	1 an	1 an
Unité responsable : Direction générale des services de santé							
Unités à coopérer : Direction Générale des Systèmes d'Information de Santé Direction Générale des Hôpitaux Publics Direction Générale de l'Union Européenne et des Relations Extérieures Présidence des Instituts de Santé de Turquie USHAŞ							
Risques	Menaces territoriales, politiques et économiques Volatilité des taux de change Dépendance à l'importation des produits de santé Services fournis par des établissements de santé non autorisés						
Estimation des couts (TL) : 61.552.000							
Stratégies	6.3.1 Grâce à une promotion, commercialisation et une coopération internationale efficaces le nombre et les revenus du tourisme de santé seront développés. 6.3.2 L'infrastructure physique pour la qualité des services du tourisme de santé sera développée. 6.3.3 Le tourisme médical sera pris en compte avec le tourisme thermal, le tourisme des personnes âgées et le tourisme de réadaptation de façon à développer le tourisme de santé. 6.3.4 L'infrastructure technique et les applications numériques seront développées afin de que l'accès aux services de santé de notre pays soient facilités pour les touristes de santé.						

	6.3.5 Un plan et une stratégie de marque nationaux pour le tourisme de santé seront fixés et développés. 6.3.6 La réglementation juridique sur le tourisme de santé sera mise à jour et, dans ce contexte, des études seront menées pour mettre en place de nouveaux mécanismes de soutien efficaces au développement du tourisme de santé.
Points relevés	• Besoin de nouveaux mécanismes de soutien pour améliorer la qualité des services de tourisme de santé • Absence de sélection des pays à cibler, ainsi que l'absence de stratégies globales pour le tourisme médical dans ces pays. • Absence d'une structure de coordination fonctionnelle pour le tourisme de santé. • Nécessité de développer une infrastructure technique et numérique afin de faciliter l'accès aux services de santé pour les touristes de santé de notre pays et d'établir un mécanisme qui facilitera l'obtention de visa.
Besoins	• Développement de nouveaux mécanismes de soutien, d'études d'accréditation et de contrôle afin d'améliorer la qualité des installations servant dans le cadre du tourisme de santé. • Mise en place de bureaux de coordination du tourisme de santé et de centres de diagnostic avancé dans les pays cibles identifiés. • Mener des activités de promotion et de marketing efficaces dans les pays cibles et afin de garantir le flux des patients, coopérer avec les compagnies d'assurance et d'autres institutions et organisations qui financent les dépenses de santé. • Mettre en place un mécanisme de coopération plus efficace entre les parties prenantes dans ce domaine en rendant fonctionnelles les structures de coordination du tourisme de santé par le biais des conseils consultatifs qui seront mis en place au sein de l'USHAŞ. • Développer l'infrastructure technique et les applications numériques qui faciliteront l'accès des touristes de santé aux services de santé de notre pays, veiller à ce que l'obtention des visas soit effectuée facilement et rapidement en coopérant avec les ministères des Affaires étrangères et de l'Intérieur (Direction générale de la gestion des migrations). • Révision de la législation régissant les procédures et les principes de mise en œuvre du tourisme de santé (Règlement sur le tourisme de santé international et la santé des touristes et autres législations pertinentes).
Pages 172-173	

Objectif	A6: Contribuer au développement socio-économique de notre pays et à la santé mondiale; développer la technologie nationale dans les industries de la santé et augmenter la production nationale.
Cible	H6.4: Figurer parmi les pays leaders dans la création et la mise en œuvre des politiques de santé mondiales et régionales.
Besoins	(...) Afin de coordonner les activités menées par l'USHAŞ, qui opère sous notre ministère, dans des domaines tels que le tourisme de santé, les produits pharmaceutiques, les fournitures et dispositifs médicaux, les cosmétiques, les systèmes d'information sur la santé, les investissements dans le domaine de la santé, la gestion des hôpitaux, l'approvisionnement en services et la création de nouveaux marchés, ouvrir et exploiter des « Bureaux de coordination et centres de pré-diagnostic de l'USHAŞ » à l'étranger. (...)
Page 176	

5.5. Estimation des coûts

Tableau 11 : Coûts estimatifs (TL)				
Cible 6.3 : Œuvrer pour que notre pays figure parmi les pays sollicités en matière de tourisme de santé.				
2019	2020	2021	2022	2023
10.507.000	11.252.000	12.385.000	13.376.000	14.032.000
Page 187				

PRESENTATION DES SECTIONS SUR LE TOURISME DE SANTE DANS LE « PLAN STRATEGIQUE 2019-2023 DU MINISTERE DE LA SANTE REVISE EN 2022 »

Les données relatives au tourisme de santé sont identiques avec le plan précédent. Aucun changement a été repéré sur le plan révisé en 2022.

PRESENTATION DES SECTIONS SUR LE TOURISME DE SANTE DANS LE « PLAN STRATEGIQUE 2024-2028 DU MINISTERE DE LA SANTE »

Analyse PESTEL			
Facteur : Technologique			
Points relevés (facteurs/problèmes)	Impact sur l'administration		Que faire ?
Croissance de l'utilisation de la technologie dans les services du tourisme de santé et le fort potentiel du tourisme de santé en Turquie	Opportunités	Menaces	Contribuer à l'économie en renforçant l'infrastructure du tourisme de santé en Turquie
	Augmentation du volume du tourisme de santé en raison de la tendance à la hausse du tourisme de santé		

Page 66

Analyse SWOT			
ENVIRONNEMENT INTERNE		ENVIRONNEMENT EXTERNE	
Forces	Faiblesses	Opportunités	Menaces
Présence d'une main-d'œuvre qualifiée et dévouée dans le domaine de la santé	Des ressources humaines limitées face à la demande croissante de services de santé	Tendance à la hausse du tourisme de santé	Augmentation de la pollution de l'information sur la santé
(...)			
Fournir un accès aux services de tourisme de santé dans les normes internationales			Niveau insuffisant de la société en matière de littératie en santé

Pages 68 et 69

CIBLES ET OBJECTIFS

Le Plan stratégique 2024-2028 contient 5 objectifs et 40 cibles et 214 stratégies. Il existe 194 indicateurs de performance permettant de mesurer et de suivre les cibles.

Objectif (A4)	Améliorer les capacités institutionnelles, accroître la satisfaction des citoyens et des agents de santé et assurer la durabilité du système de santé
Cible (H4.9)	Assurer la viabilité financière en fournissant des services de santé de manière efficace, économique et efficiente
Points relevés	(...) Faible part des hôpitaux publics dans les revenus du tourisme de santé (...)
Besoins	(...) Faire des efforts pour augmenter la part des hôpitaux publics des revenus du tourisme de santé (...)

Pages 163 - 165

Objectif (A5)	Développer la technologie nationale et augmenter la production locale dans les industries de santé, faciliter l'accès à des produits de qualité, efficaces et sûrs, ainsi que contribuer à la santé régionale et mondiale				
Cible (H5.6)	Améliorer la capacité du service de tourisme de santé en termes de qualité et de quantité, accroître l'attractivité de la Turquie au niveau internationale				
Nom du programme / sous-programme auquel l'objectif se rapporte : Santé thérapeutique / Coopération internationales en santé					
Objectif du sous-programme auquel l'objectif est associé	En coopérant avec les pays étrangers et les organisations internationales dans le domaine de la santé, la santé mondiale sera mise à contribution grâce aux partages avec les pays demandeurs des expériences acquises.				
INDICATEURS DE PERFORMANCE					
2023	2024	2025	2026	2027	2028
PG5.6.1 Nombre de forums et de salons d'affaires sur les soins de santé (annuels) Impact sur la cible : 25 %					
2	3	3	3	3	3
PG5.6.2 Nombre de participants locaux et étrangers participant aux forums et salons d'affaires sur les soins de santé (annuels)					

Impact sur la cible : 10 %					
600	600	600	600	600	600
PG5.6.3 Nombre des touristes de santé (annuel)					
Impact sur la cible : 35 %					
1.39 Million	1.5 Million	1.7 Million	1.9 Million	2.1 Million	2.3 Million
PG5.6.4 Nombre d'appels reçus au Centre d'appels des patients internationaux (annuel)					
Impact sur la cible : 20 %					
27.000	30.000	35.000	38.500	40.000	45.000
PG5.6.5 Taux de conformité des établissements de tourisme de santé et des entreprises intermédiaires avec la législation et les règlements du ministère de la Santé (%)					
Impact sur la cible : 10 %					
70	75	80	85	90	96
Unité responsable : Direction générale des services de santé					
Unités à coopérer	Direction générale de l'Union européenne et des relations extérieures Direction générale des hôpitaux publics Direction générale des systèmes d'information de santé Direction générale des services de santé d'urgence Direction générale des investissements dans le domaine de la santé Agence turque des médicaments et des dispositifs médicaux Direction générale des services de gestion, Présidence des instituts de santé de Turquie				
Risques	▪ Report ou diminution du nombre de patients du tourisme de santé en raison d'éventuelles épidémies affectant le potentiel du tourisme de santé et de la mobilité au niveau international ▪ Eventuels inconvénients qui peuvent survenir dans la perception du tourisme de santé en raison d'activités illégales ou bien activité dépassant la limite légale et apparentés au tourisme de santé.				
Stratégies	5.6.1 « HealthTürkiye » deviendra une marque mondiale et, dans ce contexte, les activités de promotion et de marketing dans le domaine du tourisme de santé de la Turquie seront réalisées. 5.6.2 Les normes de prestation des services de tourisme de santé seront élaborées afin de renforcer les inspections et sanctions administratives. 5.6.3 Des travaux seront menées au sujet de l'emploi du personnel qualifié, de la formation et l'accompagnement en langues étrangères dans le domaine du tourisme de santé. 5.6.4 L'intégration des services de tourisme de santé à la prestation de services de santé à distance sera effectuée. 5.6.5 L'infrastructure nécessaire sera mise en place afin que le suivi à distance des bénéficiaires du tourisme de santé soit disponible. 5.6.6 Le système de surveillance des établissements de santé et des établissements intermédiaires opérant dans le domaine du tourisme de santé et disposant de certificats d'autorisation sera renforcé. 5.6.7 L'accréditation des établissements de santé dans le domaine du tourisme de santé sera encouragée. 5.6.8 Des pratiques seront développées pour étendre le tourisme de santé dans les domaines à forte valeur ajoutée.				
Estimation des coûts : 2.737.713.000 TL					
Points relevés	▪ Croissance de l'intérêt internationale grâce au développement de nos infrastructures de santé ▪ Diffusion de la culture de la recherche virtuelle au niveau mondial avant l'utilisation des services de santé ▪ Faible maîtrise de la langue du personnel ayant vocation a travailler dans les unités de tourisme de santé ▪ Complication dans le mécanisme de contrôle et de supervision des services de tourisme de santé				

Besoins	▪ Détermination des politiques et activités communes du tourisme de santé en collaboration avec les parties prenantes internes et externes. ▪ Action conjointe des parties prenantes internes dans la mise en œuvre des politiques internationales ▪ Fournir un soutien linguistique et une formation pour la communication du personnel de santé avec les patients étrangers ▪ Renforcement de l'infrastructure pour l'analyse des revenus et des données du tourisme de santé ▪ Exécution et coordination des tâches liées à la détermination des politiques, au contrôle et au mécanisme de supervision liés à la prestation de services du tourisme de santé
Pages 179-181	

Tableau 16 : Risques de la cible et activités de contrôle		
Cible 5.6 Améliorer la capacité du service de tourisme de santé en termes de qualité et de quantité, accroître l'attractivité de la Turquie au niveau internationale		
Risques	Explications	Activités de contrôle
Report ou diminution du nombre de patients du tourisme de santé en raison d'éventuelles épidémies affectant le potentiel du tourisme de santé et de la mobilité au niveau international	Les épidémies dans le monde et dans notre pays affectent négativement la préférence du pays et l'entrée des touristes de santé.	Rendre notre pays attractif pour les touristes de santé en intégrant des zones à forte valeur ajoutée dans les services de tourisme de santé.
Eventuels inconvénients qui peuvent survenir dans la perception du tourisme de santé en raison d'activités illégales ou bien activités dépassant la limite légale et effectués dans le cadre du tourisme de santé.	Complications qui peuvent être ressenties dans la perception du tourisme de santé en raison d'activités apparentées au tourisme de santé et effectuées illégalement ou bien en dépassant la limite légale.	Renforcement des sanctions pénales et administratives pour empêcher les activités non autorisées
Page 200		

5.4. Estimation des couts

Tableau 18 : Coûts estimatifs (TL)				
Cible 5.6 Améliorer la capacité du service de tourisme de santé en termes de qualité et de quantité, accroître l'attractivité de la Turquie au niveau internationale				
2024	2025	2026	2027	2028
398.631.000	485.914.000	557.635.000	615.631.000	679.902.000
Page 208				

ANNEXE 5 : TABLEAUX DETAILLES DES INDICATEURS DE SANTE

**TABLEAU COMPARATIF DES INDICATEURS DE SANTE
DANS LES PAYS DE L'OCDE, 2021 (sauf indication contraire)**

	Satisfaction de l'accès à des services de santé de qualité	Dépenses par les régimes à prépaiement obligatoire	Déclaration de besoins médicaux non satisfaits	Dépenses de santé (2022)		Médecins en exercice	Infirmières en exercice	Lits d'hôpitaux
	(% de la population)	(% des dépenses totales)	(% de la population)	Par habitant (USD PPA)	% PIB	(pour 1.000 habitants)		
OECD	66,8	75,9	2,3	4.986	9,2	3,7	9,2	4,3
Australie	71	71,9	N/A	6.372	9,6	4,0	12,8	3,8
Autriche	84	78,3	0,2	7.275	11,4	5,4	10,6	6,9
Belgique	90	77,6	1,7	6.600	10,9	3,3	11,1	5,5
Canada	56	72,9	N/A	6.319	11,2	2,8	10,3	2,6
Chili	39	62,7	N/A	2.699	9,0	2,9	3,7	2,0
Colombie	41	78,4	N/A	1.640	8,1	2,5	1,6	1,7
Costa Rica	70	74,5	N/A	1.658	7,2	N/A	N/A	1,2
R. Tchèque	77	86,4	0,3	4.512	9,1	4,3	9,0	6,7
Danemark	81	85,2	1,2	6.280	9,5	4,4	10,2	2,5
Estonie	63	76,2	8,1	3.103	6,9	3,4	6,5	4,4
Finlande	70	79,8	4,3	5.599	10,0	3,6	18,9	2,8
France	71	84,8	2,8	6.630	12,1	3,2	9,7	5,7
Allemagne	85	85,5	0,1	8.011	12,7	4,5	12,0	7,8
Grèce	44	62,1	6,4	3.015	8,6	6,3	3,8	4,3
Hongrie	44	72,5	1,2	2.840	6,7	3,3	5,3	6,8
Irlande	67	77,4	2,0	6.047	6,1	4,0	12,7	2,9
Israël	69	68,2	N/A	3.444	7,4	3,4	5,4	2,9
Italie	55	75,5	1,8	4.291	9,0	4,1	6,2	3,1
Japon	76	84,9	N/A	5.251	11,5	2,6	12,1	12,6
Corée	78	62,3	N/A	4.570	9,7	2,6	8,8	12,8
Lettonie	57	69,5	4,0	3.445	8,8	3,4	4,2	5,2
Lituanie	51	68,6	2,4	3.587	7,5	4,5	7,9	6,1
Luxembourg	86	86,0	1,1	6.436	5,5	3,0	11,7	4,1
Mexique	57	50,2	N/A	1.181	5,5	2,5	2,9	1,0
Hollande	83	84,9	0,1	6.729	10,2	3,9	11,4	3,0
N. Zélande	64	80,3	N/A	6.061	11,2	3,5	10,9	2,7
Norvège	80	85,6	0,9	7.771	7,9	5,2	18,3	3,4
Pologne	51	72,5	2,6	2.973	6,7	3,4	5,7	6,3
Portugal	63	63,2	2,3	4.162	10,6	6	7,4	3,5
Slovénie	68	73,7	4,7	4.114	8,8	3,3	10,5	4,3
Espagne	64	71,6	1,1	4.432	10,4	4,5	6,3	3,0
Suède	74	85,9	1,2	6.438	10,7	4,3	10,7	2,0
Suisse	94	67,7	0,5	8.049	11,3	4,4	18,4	4,4
Turquie	53	78,8	2,4	1.827	4,3	2,2	2,8	3,0
Royaume U.	67	83,0	N/A	5.493	11,3	3,2	8,7	2,4
Etats-Unis	75	83,6	N/A	12.555	16,6	2,7	12,0	2,8

Pour les trois premières colonnes :

Mieux que la moyenne de l'OCDE

Proche de la moyenne de l'OCDE

Moins bien que la moyenne de l'OCDE

Source : Élaboré par l'auteur depuis les informations fournies dans ; OCDE, **Health at a Glance 2023: OECD Indicators**, Paris : OECD Publishing, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

**TABLEAU COMPARATIF DES CAPACITES ET DES RESSOURCES EN SANTE :
VILLES ET REGIONS EN TURQUIE**

Régions NUTS-1	Nombre de médecins spécialistes	Nombre de médecins généralistes	Nombre d'infirmières et de sage-femmes
	pour 100 000 habitants en 2022		
Anatolie Occidentale	157	56	433
Istanbul	151	57	321
Égée	121	61	358
Méditerranée	102	63	337
Marmara Orientale	101	58	333
Marmara Occidentale	98	68	370
Mer Noire Orientale	94	80	428
Mer Noire Occidentale	92	75	402
Anatolie Centrale	87	67	393
Anatolie du Centre-Est	82	71	395
Anatolie du Nord-Est	79	77	387
Anatolie du Sud-Est	69	65	295
Turquie	112	63	356

Département	Nombre de lits	Nombre de lits en soins intensifs	Nombre de consultations par personne auprès du médecin	Taux d'occupation des lits
	pour 10.000 personnes			
Ağrı	17,3	2,4	7,1	53,8
Ankara	41,3	7,3	10,5	52,1
Artvin	21,3	2,5	8,9	42,7
Çankırı	24,3	2,1	8,9	49,6
Elazığ	53,8	8,9	10,9	66,1
Erzincan	26,8	3,8	10,3	58,5
Erzurum	48,5	6,4	10,0	61,7
Hakkari	17,9	2,9	6,8	30,3
Isparta	47,7	10,5	12,7	65,5
Istanbul	30,2	6,0	9,2	56,8
Mardin	16,6	3,7	8,4	59,5
Şırnak	13,8	1,7	6,9	38,5
Turquie	30,7	5,7	10,0	58,1

La sélection des départements a été effectuée de façon à mettre en lumière les disparités existantes.

Source : Élaboré par l'auteur depuis les informations fournies dans ; Ministère de la Santé de la Turquie, « Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 [Annuaire des statistiques de santé 2022] », Ankara : Ministère de la Santé, 2022, p. 213

[REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : T.C. GALATASARAY ÜNİVERSİTESİ
Enstitü : SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Hazırlayanın Adı Soyadı : Deniz Şahin
Tez Başlığı : Sağlık turizminin hedef ülkenin sağlık hizmet sunumu
ve erişilebilirliğine etkisi: Türkiye örneği
Savunma Tarihi : 26 / 08 / 2024
Danışman : Prof. Dr. Özgür Adadağ

JÜRİ ÜYELERİ:

Unvan, Ad-Soyadı

İmza

Prof. Dr. Özgür Adadağ

Doç. Dr. Hakan Yücel

Doç. Dr. Ayşecan Terzioğlu

Prof. Dr. Ulun AKTURAN

Enstitü Müdürü