



المعهد التونسي للدراسات الاستراتيجية
INSTITUT TUNISIEN DES ÉTUDES STRATÉGIQUES

I T E S



La migration
des professionnels
de santé :



DÉFIS POUR LE
SYSTÈME DE SANTÉ
TUNISIEN ?

Mars 2024

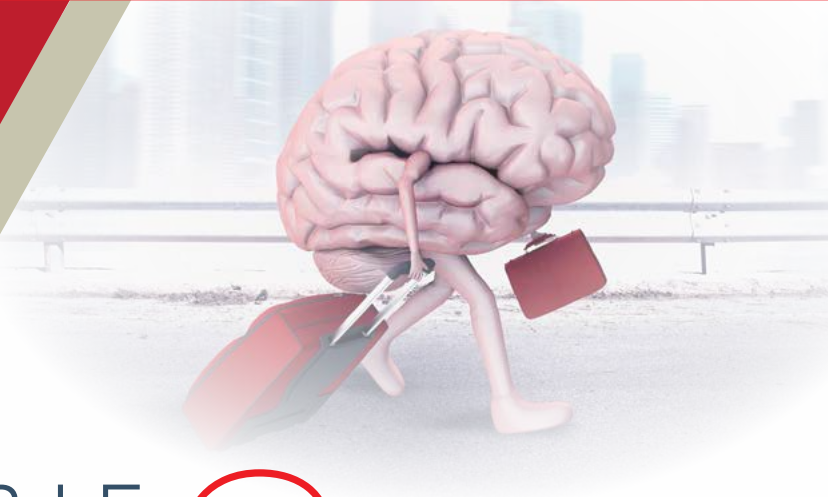


المعهد التونسي للدراسات الاستراتيجية
INSTITUT TUNISIEN DES ÉTUDES STRATÉGIQUES

I T E S



La migration
des professionnels
de santé :



DÉFIS POUR LE
SYSTÈME DE SANTÉ
TUNISIEN



Mars 2024



I T E S

LA MIGRATION
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ :
**DÉFIS POUR LE
SYSTÈME DE SANTÉ
TUNISIEN ?**

Etude à l'attention de
**SON EXCELLENCE
MONSIEUR LE PRÉSIDENT
DE LA RÉPUBLIQUE**





**LA MIGRATION
DES PROFESSIONNELS
DE SANTÉ :
DÉFIS POUR LE
SYSTÈME DE SANTÉ
TUNISIEN ?**

Cette étude a été réalisée par :

**M. Nouredine Bouzouaya
M^{me} Ines Ayadi
M^{me} Rym Ghachem Attia**

**MARS
2024**

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a pu bénéficier de la contribution de plusieurs acteurs auxquels nous présentons nos plus vifs remerciements et notre sincère gratitude pour leur collaboration et leur intérêt. Nous saluons les importantes contributions des parties prenantes, des institutions, de la diaspora et des personnes qui ont contribué et participé aux enquêtes menées au cours de l'étude.

Cette reconnaissance s'adresse à :

- tous les professionnels de santé qui ont bien voulu répondre à nos questionnaires et interviews ;
- tous les responsables des structures qui nous ont fournis les sources de données et ouvert leurs portes (MESRS, MS, CNOM, INS, ONM, ATCT, IACE, etc.).



I T E S

SOMMAIRE

INTRODUCTION	10	PARTIE 3 : Face à la migration des professionnels de santé : quelles pistes pour réduire les effets néfastes sur le système de santé tunisien ?	61
Contexte de l'étude	10	I. Une approche globale pour une réponse efficiente	61
Objectifs de l'étude	10	II. Des interventions politiques : un tour d'horizon	63
Méthodologie	11	III. Recommandations	66
PARTIE 1 : État des lieux : ampleur du phénomène de la migration des professionnels de santé tunisiens	12	III.1. Perspectives d'acteurs clés	66
I. Terminologie et concepts liés à la migration	12	III.2. Mesures d'atténuation	66
II. Contexte général de l'étude	13	III.3. Encourager le retour des professionnels de santé	72
II.1. La Tunisie face à des défis socio-économiques et politico-institutionnels	13	CONCLUSION	81
II.2. Un système de santé face à plusieurs défis	14	ANNEXES	83
II.3. Les ressources humaines	17	ANNEXE 1. Questionnaire auprès des résidents en médecine	83
III. Évolution de la migration des professionnels de santé en Tunisie	25	ANNEXE 2. Questionnaire de type Delphi auprès des médecins à l'étranger et auprès des professionnels de santé tunisiens	86
III.1. La migration au-delà du secteur de la santé	25	ANNEXE 3. Analyse SWOT de la migration des professionnels de santé tunisiens	87
III.2. La migration dans le secteur de la santé	27	ANNEXE 4. Arbre à problèmes de la migration des professionnels de santé tunisiens	88
IV. La migration des professionnels de santé dans le monde : un tour d'horizon	35	Abréviations et acronymes	89
PARTIE 2 : La migration des professionnels de santé : quelles sont les raisons ? quels impacts ?	40	Liste des tableaux	89
I. Raisons multifactorielles de la migration des professionnels de santé	40	Liste des Figures	90
II. Analyse des déterminants de la migration des professionnels de santé en Tunisie	46	Liste des Cartes	90
II.1. Les raisons des migrants actuels	46	Liste des Box	91
II.1.1. Un questionnaire auprès des médecins tunisiens émigrés	46		
II.1.2. Le focus groupe	47		
II.1.3. Discussion des résultats	48		
II.2. Les raisons potentielles de la migration	49		
II.3. Et ceux qui ne veulent pas migrer. Pourquoi ?	53		
II.4. Les raisons de retour potentiel	53		
III. Identification des variables motrices conditionnant l'évolution de la migration à l'horizon 2030	54		
III.1. Matrice d'impacts croisés à l'ordre 1	54		
III.2. Matrice d'impacts croisés à l'ordre n-1	55		
III.3. Poids Méta-plan	56		
III.4. Combinaison des deux méthodes	56		
III.5. Liste des variables retenues	56		
IV. Impacts de la migration des professionnels de santé sur le système de santé	57		

La Tunisie connaît le phénomène, de plus en plus accru ces dernières années, de la migration des professionnels de santé qui n'est ni une question récente, ni spécifique à la Tunisie. En effet, cette migration d'une partie de l'élite du pays est devenue un problème préoccupant en raison de son impact direct sur le système national de santé justifiant même la tenue d'une réunion du Conseil de Sécurité Nationale (04 octobre 2018). **Elle représente aujourd'hui un défi important tant pour le système de santé et la disponibilité des services de santé de qualité pour la population que pour les besoins et les préoccupations des professionnels de santé eux-mêmes. Les raisons et déterminants de cette migration sont complexes et multiples et peuvent être influencés par des facteurs économiques, politiques, sociaux et personnels.**

Cette étude propose une approche et une méthodologie pour analyser, de manière approfondie, factuelle et documentée, l'ampleur de la migration des professionnels de santé tunisiens depuis 2011 afin de mieux en expliquer les causes et les conséquences et proposer les solutions, en l'occurrence, un écosystème et des mesures et décisions de l'autorité publique pour la juguler et en atténuer les conséquences négatives tout en favorisant le développement du secteur de la santé en Tunisie et en limitant le gaspillage de nos ressources humaines.

Les évaluations et diagnostics sont nombreux et ont souvent été menés sans avoir approfondi l'analyse des solutions à apporter, ni planifié leur traduction en actions concrètes, réalistes et applicables. **Ainsi, nous nous sommes attelés, dans cette étude, à mettre l'accent sur les actions pratiques et à envisager différentes solutions, sous formes d'un plan d'urgence et de mesures à moyen et long termes, dans l'espoir d'atténuer ce phénomène.**

Contexte de l'étude

Si la migration internationale des médecins a fait l'objet de nombreux débats autour de la « fuite des cerveaux », peu d'études ont abordé ce sujet dans sa globalité, en englobant d'autres professionnels de santé que les médecins, du fait de l'absence de données statistiques suffisantes et à jour. **Les travaux réalisés conjointement par l'OCDE et l'OMS décrivent l'ampleur des migrations des personnels de la santé et montrent que la crise des ressources humaines en santé au niveau mondial va au-delà de la seule question des migrations, celle-ci restant multifactorielle.**

Objectifs de l'étude

Dans cette étude, portant sur la période 2011-2023, nous avons tenté de nous atteler, dans un premier temps, à établir une base de données nationale s'appuyant sur les données relatives à la formation des professionnels de santé tunisiens (médecins et infirmiers) afin de nous permettre de comprendre l'état et l'ampleur de la migration des compétences, de dresser un panorama des flux migratoires de ces professionnels, d'en connaître les motivations et les déterminants, à travers une étude de cas appropriée. Le deuxième objectif est de cartographier les stratégies, les approches et les initiatives que les pays entreprennent pour résoudre les problèmes de cette migration et d'en étudier les impacts. Le troisième objectif consiste à identifier les leçons et les bonnes pratiques pour répondre aux principaux besoins en matière de capacité, en définissant précisément les rôles des acteurs institutionnels et non institutionnels, d'en tirer les implications de politiques socio-économiques et d'élaborer des préconisations pour l'avenir en vue d'une stratégie de restructuration des écosystèmes vitaux afin de limiter ces flux.

Nous avons tenté également d'apporter, à travers cette étude, des éléments de réponse à toutes ces questions à partir de la base de données actualisée de migration des professionnels de santé

tunisiens : Quels sont les motifs de la migration des professionnels de santé ? Quels sont les effets de cette migration sur le système de santé tunisien et sur l'accès aux services de santé ? Quels sont les leviers d'action possibles et les politiques publiques envisageables pour faire face à la migration ? Quelle coopération internationale en matière de mobilité internationale des professionnels de santé ?

Méthodologie

Il s'agit d'une étude mixte combinant des méthodes qualitatives et quantitatives portant sur un échantillon représentatif de professionnels de santé tunisiens exerçant en Tunisie et de migrants. En plus des interviews semi-orientées et des discussions directes ou indirectes avec des professionnels de santé, hommes et femmes, de différents âges et spécialités, nous avons passé en revue la littérature scientifique et institutionnelle pour mener un benchmarking et une comparaison aux standards pour des pays de mêmes niveaux de développement économique et humain que la Tunisie.

La collecte des données a été réalisée à travers :

- L'analyse des données existantes : collecter et analyser les données disponibles sur la migration des médecins tunisiens, les destinations les plus fréquentes, les motivations et les facteurs qui influencent leur décision de partir ;
- Les études de cas et des entretiens semi-structurés avec des professionnels de santé tunisiens qui ont émigré pour comprendre leurs motivations, leurs expériences et leurs attentes ;
- Pour les indicateurs quantitatifs, une enquête de type Delphi a été appliquée, interrogeant un échantillon représentatif de médecins et d'infirmiers tunisiens exerçant en Tunisie ;
- L'analyse comparative internationale pour examiner les politiques et les mesures mises en place dans d'autres pays pour atténuer la migration des médecins et retenir les professionnels de santé.

Nous avons veillé tout au long de cette étude à réfléchir en rupture et essayé d'être innovants en rompant avec les modèles du passé en vue d'initier un changement de paradigme.

PARTIE 1 : État des lieux : ampleur du phénomène de la migration des professionnels de santé tunisiens

I. TERMINOLOGIE ET CONCEPTS LIÉS À LA MIGRATION

Une terminologie diverse. Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (OIM), la migration est tout mouvement de personnes quittant leur lieu de résidence habituelle, soit à l'intérieur d'un même pays, soit par-delà d'une frontière internationale. Cette mobilité se réfère aux articles 13 et 14 de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1948⁽¹⁾ qui stipulent que : « Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État. Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays. », et, « Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile en d'autres pays ».

Compte tenu de la complexité du phénomène de la migration, de ses nouvelles tendances et de la multiplicité des législations et réglementations s'y référant, sources d'une terminologie diverse, on propose aux lecteurs la terminologie Utilisée dans le domaine de la migration. Celle-ci se limite au sujet de l'étude, à savoir la **migration régulière ou institutionnelle** des compétences travaillant dans le secteur de la santé. Pour la définition de plus de termes, l'Observatoire national de la migration² publie différents concepts résumés ci-dessous.

Par ailleurs, plusieurs concepts et définitions sont présentés dans la littérature⁽²⁾ pour spécifier la migration des personnes qualifiées comme étant une « migration des qualifications » ou encore « migration d'expertise », « la fuite des cerveaux », « mobilité du savoir », « exode des cerveaux », « gain des cerveaux », « mobilité des cerveaux », « mobilité des compétences », « émigration des qualifiés », etc. **Un changement de paradigme s'accompagne d'une nouvelle terminologie : la notion de « gain » plutôt que de « fuite » des cerveaux » s'est popularisée, tandis que des**

termes tels que « mobilité » ou « circulation », considérés comme moins statiques que « migration », sont de plus en plus utilisés.

Émigration : du point de vue du pays de départ, action de quitter le pays de nationalité ou de résidence habituelle pour s'installer dans un autre pays, de sorte que le pays de destination devient effectivement le pays de résidence habituelle.

Immigration : du point de vue du pays d'arrivée, fait de se rendre dans un pays autre que celui de sa nationalité ou de sa résidence habituelle, de sorte que le pays destinataire devient le nouveau pays de résidence.

Emigré : Personne qui a quitté l'endroit où elle vit pour un autre endroit ou pays.

Migration de travail : Migration effectuée pour des raisons de recherche d'emploi. Elle est réglementée par certains États pour chercher des opportunités d'emploi pour ses ressortissants.

Migration facilitée : Migration facilitée par le pays d'accueil grâce à une réglementation ou à une législation visant à assister le migrant, à l'orienter, à simplifier les conditions de voyage, etc.

Migration régulière, ordonnée : Lois et réglementations régissant l'entrée, la sortie, le retour et le séjour dans un pays conformément aux obligations incombant au pays de résidence au titre du droit international.

Migrant hautement qualifié : Personne relevant de la CIP-88 (Classification Internationale Type Professions 88), comme les dirigeants, les cadres supérieurs, les professionnels intellectuels et scientifiques et les techniciens.

Profil migratoire : Rapports sur la situation migratoire d'un pays visant à recueillir des informations pertinentes nécessaires à l'élaboration de politiques claires basées sur des données scientifiques et des chiffres fiables pour garantir une meilleure gestion du dossier de la migration.

Box 1: Concepts liés à la migration

II. CONTEXTE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

II.1. La Tunisie face à des défis socio-économiques et politico-institutionnels

Des changements politiques. Depuis 2011, la Tunisie a entamé son processus de démocratisation politique, malgré la volatilité politique, les tensions sociales et les violences terroristes. Pour amorcer une sortie de la crise politique de 2013, un dialogue national a été lancé et une Constitution a été adoptée en 2014 avec un régime parlementaire hybride⁽³⁾ et des élections législatives et présidentielles en 2014 et 2019. Cependant, le pays reste plongé dans une crise politique et le 25 juillet 2021, après avoir gelé les activités du parlement, le Président de la République a annoncé une nouvelle voie politique qui a conduit à une nouvelle Constitution qui a été adoptée à la suite d'un référendum le 25 juillet 2022. Un nouveau parlement est élu en décembre 2022.

Une crise économique. Depuis 2011, la Tunisie connaît une baisse de sa performance économique. Les estimations prévoient un ralentissement de l'économie en 2023 avec un taux de croissance du Produit Intérieur Brut (PIB) de 1.8% contre 2.4% enregistré en 2022⁽⁴⁾. En effet, l'économie tunisienne, à l'instar d'autres pays, fait face à plusieurs défis simultanés causés par la pandémie de la Covid-19, la guerre Russie-Ukraine, ainsi que le resserrement des conditions financières

mondiales, ralentissant ainsi la croissance économique mondiale pour atteindre un taux de 2.1% en 2023 contre 3.1% en 2022⁽⁵⁾. En outre, le niveau élevé de l'endettement aggrave la vulnérabilité de l'économie tunisienne avec, en particulier, une dette extérieure qui continue de progresser en valeur, représentant 92.8% du PIB en 2022⁽⁶⁾.

Des répercussions sociales. Le taux de chômage⁽⁷⁾ a atteint 16.1% au premier trimestre 2023 contre 15.2% au cours du quatrième trimestre 2022. Ce taux est plus important chez les femmes (21.2%) que chez les hommes (13.9%). Cependant, on note une légère baisse du taux de chômage des titulaires de diplômes supérieurs, passant de 31.2% à 30.1% sur la même période mais, la différence portant sur le genre est significative pour cette population (40.7% pour les femmes diplômées vs 17.6% pour les hommes détenteurs de diplômes). **Ce phénomène dénote un décalage quantitatif et qualitatif entre l'offre et la demande d'emploi avec une vraie inadéquation⁽⁸⁾ entre les compétences des diplômés et celles recherchées par les entreprises privées.** L'inflation⁽⁹⁾ a fortement augmenté depuis août 2021, enregistrant le taux le plus élevé en février 2023 avec 10.4%. Elle touche fortement les denrées alimentaires, y compris les produits dont les prix sont contrôlés. Par ailleurs, des pénuries de produits de base⁽¹⁰⁾ (importés et/ou subventionnés) ont touché la population en 2022 et 2023.

Des disparités régionales persistantes. Le taux de pauvreté⁽¹¹⁾ national a connu une hausse de 1.4% depuis six ans pour s'établir, en 2021, à 16,6% contre 15.5% en 2015. En milieu rural, ce taux atteint 24.8% contre 12.7% en milieu urbain. Ces disparités s'accroissent entre les régions où le taux de pauvreté dépasse 37% au Centre-Ouest tandis qu'il est de 4.7% sur le Grand Tunis.

Des comportements à risque : violence, suicide, migration non réglementaire. Selon les résultats du MICS 2018⁽¹²⁾, un enfant sur quatre est victime de punition physique sévère et 84%

1. https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR/Documents/UDHR_Translations/fr.pdf

2. Étude sur la migration des tunisiens hautement qualifiés

3. <https://www.caim.info/revue-francaise-de-droit-constitutionnel-2020-1-page-167.htm?ref=doi>

4. https://www.bct.gov.tn/bct/siteprod/documents/Conjoncture_fr.pdf

5. <https://www.banquemondiale.org/fr/news/press-release/2023/06/06/global-economy-on-precarious-footing-amid-high-interest-rates#:~:text=La%20croissance%20mondiale%20devrait%20marquer,1%20%25%20%27année%20dernière.>

6. https://www.bct.gov.tn/bct/siteprod/tableau_statistique.jsp?params=PL130100

7. <https://www.ins.tn/sites/default/files/publication/pdf/Note%20Emploi%20T1%202023.pdf>

8. <http://www.itceq.tn/files/emploi/chomage-des-jeunes-determinants-caracteristiques.pdf>

9. <https://www.ins.tn/statistiques/90>

10. Exemple : céréales, carburant, produits laitiers, produits pharmaceutiques, etc.

11. <https://www.ins.tn/enquetes/enquete-nationale-sur-le-budget-la-consommation-et-le-niveau-de-vie-des-menages-2021>

12. https://ins.tn/sites/default/files/2021-03/Adolescents-snap-A4_0.pdf

des enfants de 1 à 14 ans subissent des agressions psychologiques. De surcroît, la violence basée sur le genre est un problème majeur dans la société comme le montre l'enquête de Afro-barometer en 2023⁽¹³⁾, avec une augmentation des cas de féminicide⁽¹⁴⁾. Des mesures spécifiques sont entreprises par les pouvoirs publics avec les associations afin de faire face à ces violences. Par ailleurs, les conduites suicidaires sont en augmentation comme l'affirme les rapports⁽¹⁵⁾ de l'Observatoire social tunisien du FTDES ; de plus, les jeunes⁽¹⁶⁾ semblent être la population la plus touchée. En outre, on constate une vague importante de migration non réglementaire de Tunisiens et de non Tunisiens. Selon les données du Ministère de l'intérieur italien, 3432 tunisiens sont arrivés sur les côtes italiennes en mai 2023 contre 2283 en 2022⁽¹⁷⁾.

II.2. Un système de santé face à plusieurs défis

La santé est devenue un droit constitutionnel explicite dans la Constitution de 2022, déjà

consacré également explicitement par la Constitution de 2014. En effet, l'article 43 de la nouvelle Constitution reprend le même contenu que l'article 38 de la précédente Constitution qui précise que : « la santé est un droit pour chaque citoyen ; l'État assure à tout citoyen la prévention et les soins de santé et fournit les moyens nécessaires pour garantir la sécurité et la qualité des services de santé. L'État garantit la gratuité des soins pour les personnes sans soutien et à faible revenu. Il garantit une couverture sociale comme prévu par la loi ».

Une offre de service pluraliste. La prestation des services est assurée par un secteur public prépondérant avec des structures sanitaires publiques organisées en trois lignes dans une logique de proximité de soins, un secteur privé actif et des structures relevant d'autres ministères (Figure1).

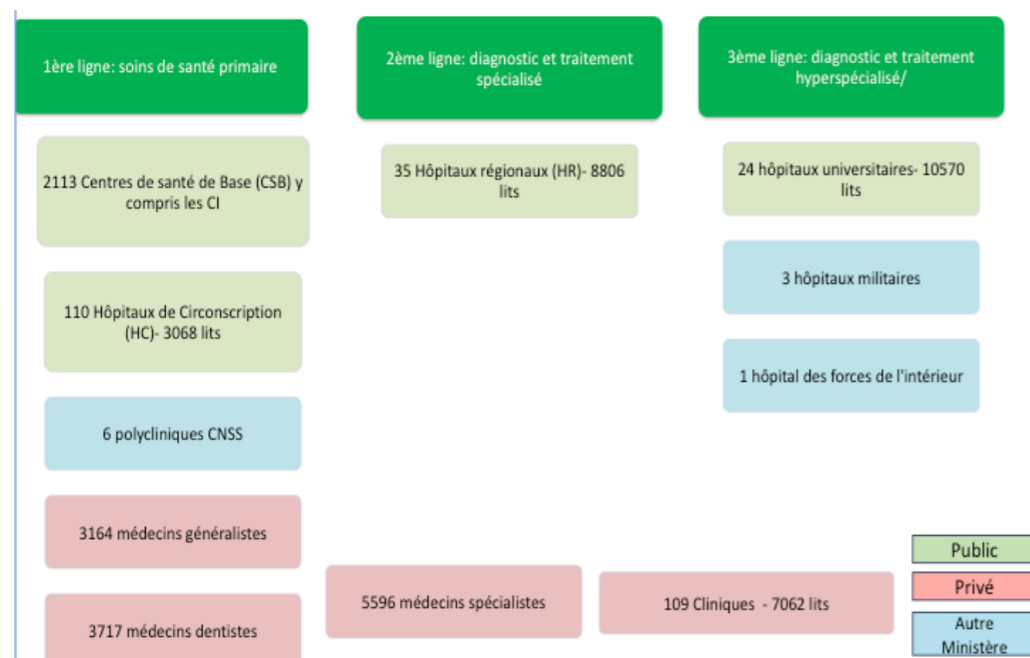


Figure 1: Offre des Services de Santé en Tunisie
Source : Carte Sanitaire 2021- MS

Le système de santé a réussi à enregistrer de nombreux résultats positifs. Le secteur de la santé, ainsi que d'autres politiques générales de développement et leur impact positif sur les déterminants de la santé, ont contribué à l'amélioration significative de quelques indicateurs de santé. Selon le rapport de suivi des Objectifs de Développement Durable (ODD) 2023, la Tunisie⁽¹⁸⁾ est classée 58^{ème} sur 166 pays avec l'achèvement de certains objectifs. En effet, le taux de mortalité infantile⁽¹⁹⁾, estimé à 200 pour mille naissances vivantes en 1956, est passé à 162 au cours de la période 1968-1972, à 35.3 pour mille naissances vivantes en 1992 et à 13.3 en 2021. Le taux de mortalité maternelle, estimé à 700 pour cent mille naissances vivantes en 1956 est passé à 74.8 en 1990, à 44.8 en 2008 et à 33.6 en 2020⁽²⁰⁾. En outre, l'espérance de vie à la naissance⁽²⁰⁾ est de 74.9 ans en 2020, enregistrant une baisse par rapport à 2019 (76.3 ans).

Mais, l'apparition de nouveaux défis et le manque de vision et de volonté politique explicite ajoutés au déclin du rôle de l'État dans la régulation du secteur de la santé durant la dernière décennie ont fait apparaître, peu à peu, des signes de faiblesse et des fissures jusqu'à ce qu'elles deviennent visibles pour tous les intervenants et utilisateurs.

Des disparités régionales persistantes pour les ressources matérielles. L'offre privée prédomine sur les équipements lourds et les technologies de pointe⁽²¹⁾. La disparité régionale est très marquée pour les équipements lourds et les technologies de pointe dont la majorité est concentrée dans les grandes villes avec facultés de médecine et hôpitaux universitaires (District de Tunis et Centre-Est) alors que dans des régions du Centre-Ouest et du Sud-Ouest, certains de ces équipements sont quasi absents⁽²²⁾.

Une protection financière contre le risque maladie fragmentée et insuffisante. Plus de 80% de la population bénéficie d'une couverture contre le risque maladie à travers, soit une couverture

contributive obligatoire pour les travailleurs du secteur formel et leurs ayants droits en adhérant à la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), soit en bénéficiant de la gratuité des soins ou des tarifs réduits pour la population pauvre et vulnérable respectivement. Toutefois, les modalités de prise en charge diffèrent selon la filière d'appartenance : les bénéficiaires de la gratuité des soins (les populations pauvres) et des tarifs réduits (les populations vulnérables) ainsi que les affiliés à la filière publique de la CNAM ont exclusivement accès aux structures sanitaires publiques avec les problématiques dont souffre ce secteur (rendez-vous éloignés, manque de médicaments, qualité d'accueil, etc.) ; tandis que les affiliés à la filière privée et du système de remboursement ont accès aux prestataires privés avec les contraintes de ce secteur (honoraires élevés en particulier).

Malgré ces taux élevés de couverture et de régimes, en 2020, 36.4%⁽²³⁾ des dépenses courantes de santé en Tunisie sont à la charge des patients, en tant que paiements directs. Ce taux est égal à la moyenne des pays ayant un niveau de revenu similaire (Lower middle income selon la classification de la Banque Mondiale). Le niveau important des paiements directs des ménages aggrave les inégalités régionales et augmente l'incidence de la pauvreté. En effet, plus de 17%⁽²⁴⁾ de la population dépense plus de 10% de leurs dépenses totales (proxy pour le revenu) sur la santé et 2% de la population consacre plus de 25% de leurs dépenses totales pour la santé. L'importance des paiements directs des ménages masque la problématique du renoncement aux soins pour des raisons financières⁽²⁵⁾. Ceci augmenterait le risque d'avoir des complications liées à la maladie qui aggraveraient l'état de santé de la personne et engendreraient des dépenses de santé plus importantes. Par ailleurs, autour de 2 millions de personnes⁽²⁶⁾ ne disposent d'aucune couverture contre le risque maladie.

Une population vieillissante. En 2021⁽²⁷⁾, les personnes âgées de plus de 60 ans constituaient 14%

18. <https://dashboards.sdgindex.org/static/profiles/pdfs/SDR-2023-tunisia.pdf> (consulté le 30 juin 2023).

19. <https://www.ins.tn/statistiques/110> (consulté le 30 juin 2023).

20. <https://www.ins.tn/sites/default/files/publication/pdf/annuaire-2020.pdf> (page 19)

21. A titre d'exemple : le secteur privé dispose de 146 scanners, 31 installations de cathétérisme, 20 lithotripteurs et 7 gammas caméra contre 57 scanners, 18 installations de cathétérisme, 5 lithotripteurs et 6 gammas caméra dans le secteur public (Carte Sanitaire 2021).

22. Selon les chiffres de la carte sanitaire 2021, sur les 17 IRM dans le secteur public, 6 dans le district de Tunis et 0 dans la région du Sud-Ouest. Du côté du secteur privé, 22 IRM dans le District de Tunis sur les 49 sur tout le territoire national et 1 seulement dans la région du Sud-Ouest.

23. Global Health Expenditure Database consulté le 2 juillet 2023. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

24. Enquête Nationale sur le Budget, la Consommation et le niveau de vie des ménages 2015.

25. Entre 2015 et 2021, le renoncement aux soins pour des raisons financières s'accroît. Ce taux passe de 10,79% à 11,4% de ceux qui ont renoncé. (Enquête Nationale sur le Budget, la Consommation et le niveau de vie des ménages 2015 et 2021. Exploitation des données).

26. Selon les données des enquêtes nationales sur le Budget, la Consommation et le niveau de vie des ménages 2015 et 2021, le taux de personnes ne disposant d'aucune couverture contre le risque maladie est de 18,3 et 15% respectivement

27. <https://www.ins.tn/statistiques/111#>

de la population, soit 1.67 millions d'habitants. Il est attendu que cette proportion atteigne 19% en 2030, soit environ 2.5 millions⁽²⁸⁾.

Une transition épidémiologique. La majorité de la charge de morbidité en Tunisie est imputable aux maladies non transmissibles, aggravée par des facteurs de risque tel que le tabagisme, l'obésité, etc. Les maladies cardiovasculaires, les accidents de la voie publique et les cancers constituent actuellement les principales causes de décès⁽²⁹⁾.

Des indicateurs de santé fragilisés par les défis de la qualité et de l'équité. Selon les données du MICS⁽³⁰⁾, les quotients de mortalité des moins de 5 ans sont stagnants depuis les années 2000⁽³¹⁾. Toutefois, une disparité existe entre les milieux de résidence, avec 13 pour 1000 naissances vivantes en milieu urbain en 2018 (15.3 en 2012) et 23 pour 1000 naissances vivantes en milieu rural (26.4 en 2012). Par ailleurs, la proportion des femmes ayant accompli au moins quatre visites prénatales connaît une baisse entre 2012 et 2018, passant, respectivement, de 85.1% à 84.1% des femmes âgées entre 15-49 ans. Ce pourcentage demeure plus faible en milieu rural (76.6 en 2018 contre 79.9 en 2012) qu'en milieu urbain (88.5 en 2018 contre 88.2 en 2012).

Une politique nationale de santé pour la mise en marche de la Couverture Santé Universelle. Face à la crise profonde que connaît le système de santé tunisien depuis quelques années, les mesures ponctuelles et urgentes ne peuvent pas changer une situation de fragilité et de vulnérabilité. La Tunisie

a adopté officiellement sa Politique Nationale de la Santé⁽³²⁾ (PNS), le 7 avril 2021, lors d'une cérémonie de signature de la charte nationale de la réforme du système de santé par les différentes parties prenantes impliquant l'engagement et la volonté politique du gouvernement de l'époque pour mettre en œuvre cette réforme et pour l'institutionnaliser.

Cette politique nationale de la santé a été développée dans le cadre de la deuxième phase du Dialogue Sociétal sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de la santé, à la suite d'un processus participatif et inclusif avec les citoyens et les professionnels de santé et en se référant aux orientations du Livre Blanc et de la Déclaration de la conférence nationale de 2014 clôturant la phase 1 du Dialogue Sociétal. Le processus avait impliqué plus de 4000 citoyens et professionnels de santé de toutes les régions du pays, les institutions concernées gouvernementales et de formation, les organisations professionnelles et la société civile.

Basée sur une vision de Couverture Santé Universelle (CSU) à l'horizon 2030 et inspirée des valeurs universelles des Droits de l'Homme, la PNS adopte un ensemble de choix stratégiques et des clés pour la réussite, impliquant des décisions politiques majeures (Figure 2). Ces choix et clés pour la réussite ne sont ni exhaustifs, ni exclusifs mais constituent des priorités et des actions transversales et structurantes. Ils contribuent directement à l'efficacité, l'accessibilité et l'efficience du système de santé, ainsi que sa bonne réactivité face aux urgences sanitaires, en garantissant l'équité et la qualité.

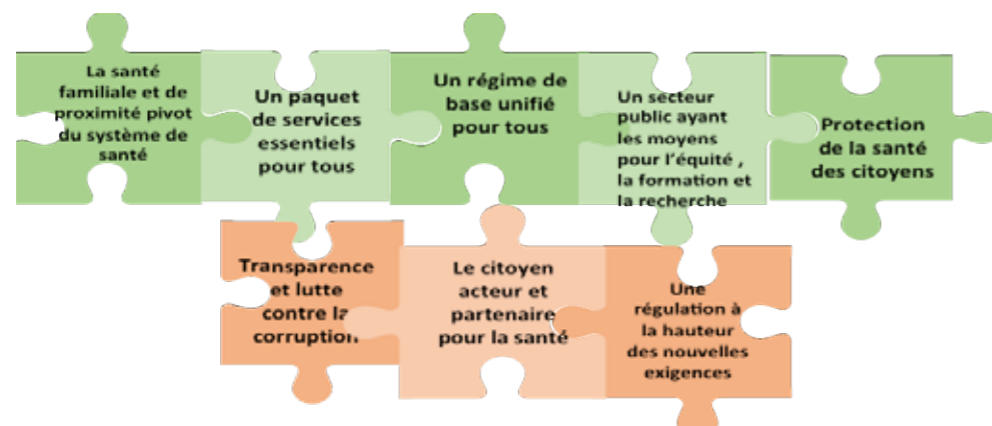


Figure 2: Les choix stratégiques et les clés pour la réussite de la PNS

En résumé : Le système de santé en Tunisie est à la croisée des chemins. Divers développements dans le secteur de la santé ont abouti au système de soins actuel, qui est un système pluraliste avec un secteur public important et un secteur privé actif. Il a permis à la Tunisie de réaliser certaines avancées, particulièrement celles relatives au contrôle des grandes maladies transmissibles, à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et à la couverture de l'ensemble du pays par des structures sanitaires publiques, même si cette couverture reste déséquilibrée avec des disparités entre les régions. L'un des défis majeurs est de garantir la viabilité financière à long terme du système de santé public dont le coût augmente considérablement. Tous ces développements doivent amener à des ajustements importants pour améliorer à la fois le financement et la gouvernance du système de santé et pour faire face aux problèmes relatifs aux transitions démographique, épidémiologique, sociale et culturelle. Pour faire face à cette crise profonde que connaît le système de santé tunisien depuis quelques années, la Tunisie a adopté officiellement sa Politique Nationale de la Santé, le 7 avril 2021.

II.3. Les ressources humaines

La formation initiale (Figure 3). La Tunisie dispose de 4 facultés de médecine⁽³³⁾ situées sur le littoral (Tunis, Sousse, Monastir et Sfax), une faculté de médecine dentaire⁽³⁴⁾ et une autre de pharmacie⁽³⁵⁾ à Monastir. Le nombre total des étudiants⁽³⁶⁾ connaît une baisse moyenne de 1% par an sur la période 2011-2022. Lors de l'année uni-

versitaire 2021-2022, 9946 étudiants suivent des études de doctorat en médecine, médecine dentaire et pharmacie. Les diplômés sur cette même période augmentent en moyenne de 1% par an, enregistrant ainsi 1675 étudiants ayant obtenu leurs diplômes.

Globalement, les ressources humaines, de différentes qualifications, sont disponibles, grâce à la formation dans tous les domaines et aux procédures de gouvernance adoptées pour le secteur public. Les quatre facultés de médecine ont permis la formation annuelle, en moyenne, de 800 médecins. **Les facultés de pharmacie et de médecine dentaire assurent la formation annuelle, en moyenne, de 150 pharmaciens et 120 médecins dentistes.**

Parallèlement, l'accent a été mis sur la formation du personnel paramédical, notamment les aides-soignants, les infirmiers, les infirmiers hygiénistes ainsi que les sage-femmes et les techniciens supérieurs dans plus de dix spécialités. Depuis l'indépendance (1956), on assiste à la création progressive des écoles professionnelles de santé, presque une par gouvernorat. En 2006, cinq écoles professionnelles de santé sur 22, sont transformées en instituts supérieurs en sciences infirmières, instaurant une formation en système LMD. De 1989 à 2001 sont créées les quatre écoles supérieures en sciences et techniques de la santé de Tunis, Sfax, Monastir puis Sousse, sous double tutelle du Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique et du Ministère de la santé. Ces structures publiques ont permis la formation annuelle, en moyenne, de 1400 cadres paramédicaux. Depuis le milieu des années 2000, le secteur privé a connu une multiplication des structures d'enseignement privé de cadres paramédicaux.

28. http://www.ins.nat.tn/sites/default/files/pdf_actualites/les_projections_population_2014-2044.pdf

29. Selon le Global Burden Disease 2019 www.healthdata.org

30. <https://mics.unicef.org/surveys>

31. En 2012, le taux s'élève à 19.4 pour 1000 naissances vivantes et passe à 17 en 2018

32. <http://www.hiwasaha.tn/upload/1582719153.pdf>

33. Les conditions des études sont régies par le décret n°68-103 et ses amendements dans les décrets n°95-2061, n°2005-1457, n°2008-487, n°2010-1585 et n°2019-341

34. Les conditions des études sont régies par le décret n°80-114 et ses amendements dans le décret n°95-2603

35. Les conditions des études sont régies par le décret n°80-113 et ses amendements dans les décrets n°97-2124 et n°2004-1634

36. http://www.mes.tn/page.php?code_menu=13 (consulté le 7 juillet 2023)

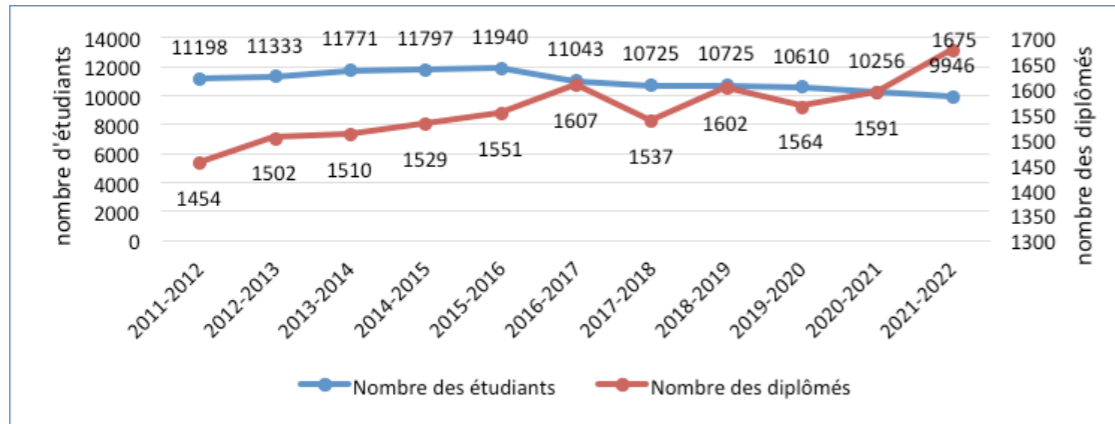


Figure 3 : Évolution du nombre des étudiants et des diplômés en doctorat de médecine, médecine dentaire et pharmacie
Source : MESRS

Pour les étudiants qui se forment dans des facultés de médecine, de médecine dentaire et de pharmacie à l'étranger, un examen d'équivalence⁽³⁷⁾ est obligatoire à leur retour en Tunisie. Selon les données collectées auprès du Ministère de l'En-

seignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (Figure 4), les demandes en équivalence en pharmacie constituent 44% des demandes enregistrées en 2020, avec un accroissement annuel moyen de 16% entre 2017 et 2020.

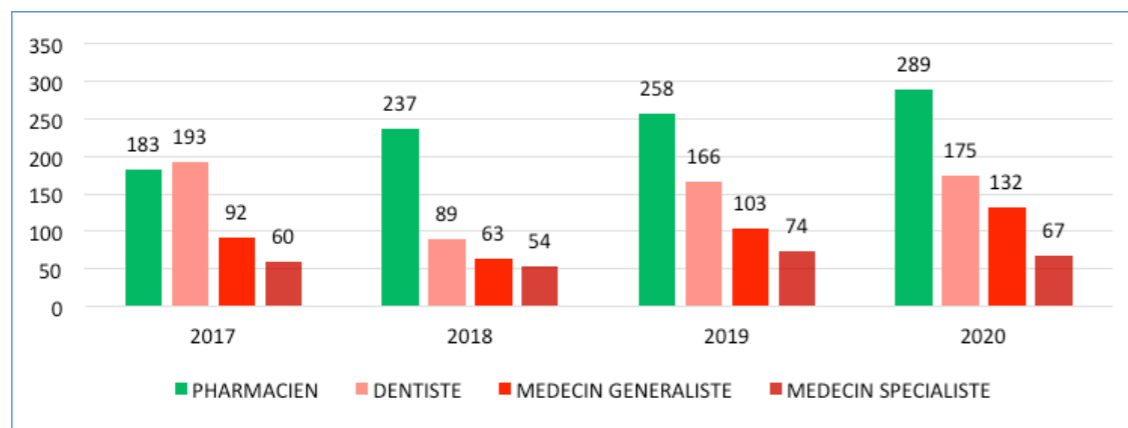


Figure 4 : Évolution du nombre des demandes d'équivalence
Source : MESRS

En revanche, les études pour les autres professions de santé, peuvent se faire dans le secteur public ou dans le secteur privé. Sur la période 2011-2022, plus de 52% des étudiants sont formés dans le

secteur privé avec une forte augmentation entre 2012 et 2014. En 2022, 61% des étudiants suivent leurs études dans le secteur privé (Figure 5).

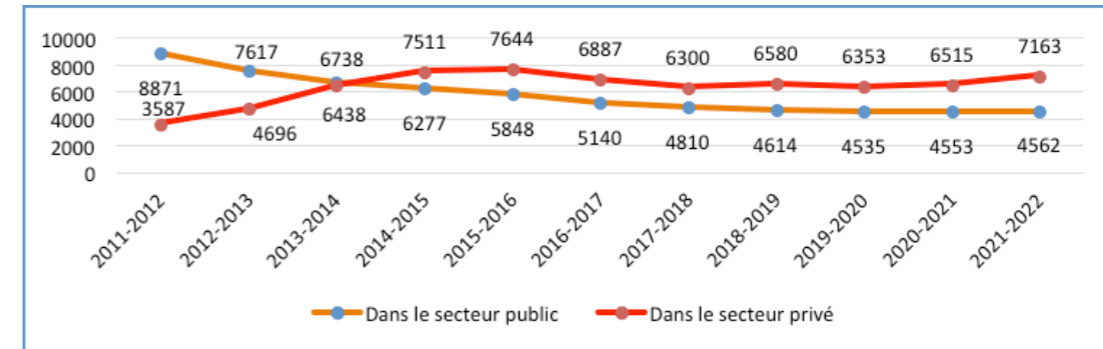


Figure 5 : Evolution du nombre des étudiants en Licence «santé» par secteur
Source : MESRS

Une réforme pour valoriser la santé familiale. La filière de la médecine de famille est instaurée dans le cadre de la formation⁽³⁸⁾ des médecins, afin de la rendre comme étant la porte d'entrée privilégiée et le mode structurant et dominant du système de santé. En réalité, le Décret n°2011-4132 vise à mettre les études médicales en conformité avec les standards internationaux, comme imposé par la loi 2017-38. Aujourd'hui, le devenir des médecins de famille, nouvelle « spécialité » parmi les autres, s'est mieux précisé grâce à l'Arrêté du Ministre de la santé du 22 mai 2023 (JORT n°55) qui est venu fixer les règles et les conditions de reconnaissance de la qualification des médecins et ajouter la spécialité « Médecine de Famille ». Mais, à ce jour, cette réforme pose encore un réel problème d'exercice, la situation étant plus complexe que le simple « passage automatique » d'un état à un autre ou de l'attribution systématique du titre de « spécialiste ».

Une formation de plus en plus spécialisée. Pour les études médicales, le Ministère de la Santé détermine le nombre global de l'effectif des médecins ainsi que la répartition entre les spécialités, selon les besoins et les capacités d'accueils hospitaliers. Le nombre des postes ouverts au concours

de résidanat⁽³⁹⁾ a connu une augmentation importante ces dernières années. Au cours des années 1980, le nombre était entre 200-250 résidents par an, une augmentation de 50 postes est enregistrée en 1993. Entre 2000 et 2015, le nombre des postes atteint progressivement 550 postes. Le nombre de postes ouverts passe à plus de 1000 postes avec l'introduction de postes spécifiques⁽⁴⁰⁾ pour les régions prioritaires en 2017 et atteint plus de 2000 actuellement avec les postes de spécialistes en médecine de famille.

Une formation attractive pour le marché du travail. Selon les résultats des enquêtes réalisées par l'ACE⁽⁴¹⁾, les spécialités médicales sont les plus sollicitées sur le marché de l'emploi, en se référant au délai d'attente en mois avant de décrocher le premier emploi. Les diplômés en santé⁽⁴²⁾ (médecine, médecine dentaire, pharmacie, infirmier, technicien supérieur en santé, etc.) ont un délai moyen de moins de 6 mois pour être embauchés. A ce titre, les techniciens spécialisés en imagerie médicale sont recrutés au bout de 3 mois maximum. Pour les techniciens spécialisés en anesthésie-réanimation et en obstétriques, le délai d'attente est de 6 mois.

37. Articles 12, 13 et 15 de l'arrêté du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche scientifique et de la technologie du 15 août 1996

38. Décret n°2011-4132

39. Examen pour se spécialiser en médecine

40. Décret gouvernemental n° 2017-834 du 19 juillet 2017

41. Institut Arabe des Chefs d'Entreprises

42. <https://managers.tn/2022/07/19/iace-7-des-10-diplomes-universitaires-avec-le-recrutement-le-plus-rapide-concernant-la-sante/> et https://iace.tn/wpfd_file/delais-dattente-pour-trouver-un-emploi-par-diplome/

Une formation continue pour répondre aux nouvelles exigences. En vue de maintenir à jour et d'améliorer les compétences acquises en fonction du progrès, le Développement Professionnel Continu (DPC) du personnel se faisait par différentes institutions sans s'inscrire dans un système institutionnalisé. Le budget alloué pour la formation continue reste néanmoins insuffisant. Ce sont les programmes nationaux dans le cadre de la coopération internationale et/ou les laboratoires pharmaceutiques qui contribuent au financement de la formation continue, à côté des sociétés savantes et des participants.

La création d'un département professionnel continu au sein de l'Instance Nationale d'Évaluation et d'Accréditation en Santé (INEAS) permet d'accréditer les formations continues afin de s'assurer de leur qualité et de mieux gérer les conflits d'intérêts.

Féminisation de la profession médicale. A l'instar de plusieurs pays développés⁽⁴³⁾, le nombre des femmes professionnelles de la santé ne cesse d'augmenter, au niveau de la formation mais aussi de l'exercice. Pour l'année universitaire 2021-2022, 73% des étudiants sont des femmes. Selon les données du CNOM, 66.8% des résidents en médecine sont des femmes (enquête Juin 2023).

L'accroissement de la féminisation a fait l'objet de plusieurs⁽⁴⁴⁾ études qui ont démontré les effets de la féminisation sur le volume d'activité, l'accès aux services et l'organisation des pratiques médicales.

Une augmentation soutenue du nombre des professionnels de santé en exercice. Sur la période 2001-2021, le nombre des professionnels de santé a progressé à la fois en nombre absolu et par habitant. A ce titre, le nombre des médecins par 10 mille habitants est passé de 8.03 en 2001 à 13.44 en 2021 (en deçà du taux de 23 par 10 mille habitants préconisé par l'OMS). Malgré cette croissance, la Tunisie reste loin des pays développés⁽⁴⁵⁾.

En outre, le nombre des médecins dentistes a doublé entre 2010 et 2021, passant de 2196 à 4436. De plus, le nombre d'habitants par officine est réduit de 15 points⁽⁴⁶⁾ entre 2007 et 2021 ; ce qui signifie que le nombre des officines a augmenté plus vite que la population sur cette période. Pour les autres personnels de santé⁽⁴⁷⁾, on constate une augmentation du nombre passant de 35 mille à 47 mille entre 2010 et 2021 ; il est à noter que ces chiffres sont sous-estimés, en particulier dans le secteur privé (Figure 6).

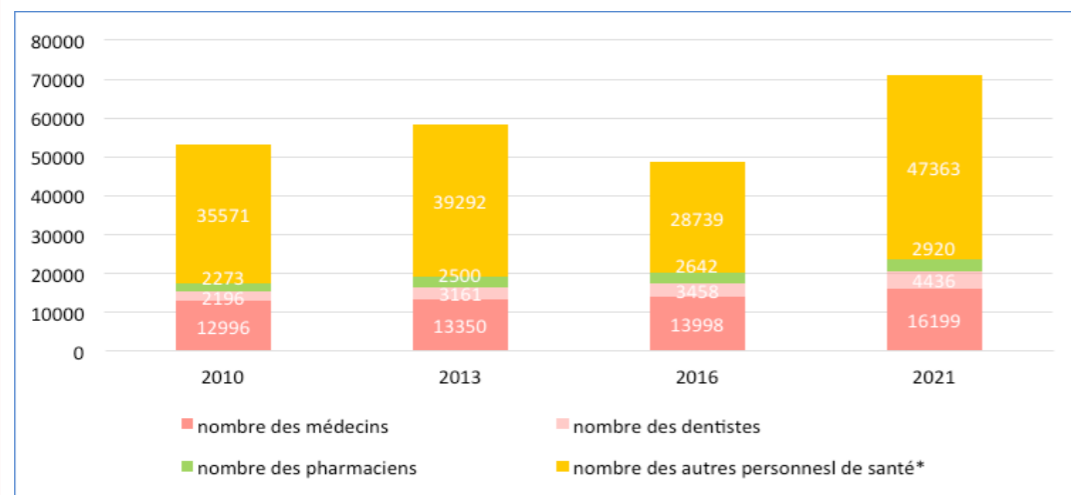


Figure 6 : Évolution du nombre des professionnels de santé en Exercice
Source⁽⁴⁸⁾ : Cartes Sanitaires. MS

* : Il s'agit des techniciens supérieurs, infirmiers et aides-soignants

Des disparités entre les secteurs d'exercice. En 2021, les pharmaciens et les médecins dentistes exerçant dans le secteur privé représentent respectivement 78% et 84%. La proportion des médecins exerçant dans le privé est de 55%⁽⁴⁹⁾. Pour les autres personnels de la santé (paramédicaux), seulement 7% travaillent dans le privé. La double appartenance au privé et au public concerne certaines catégories de professionnels de santé. Cette situation peut être légale (formelle) et/ou illégale (informelle). Il s'agit des médecins spécialistes du public exerçant l'Activité Privée Complémentaire (APC et APR) et certaines professions paramédicales du public.

En l'absence de normes dans la distribution des ressources humaines, en particulier dans le secteur public, un déséquilibre est constaté en défaveur des services à forte charge de travail, ce qui affecte à la fois les professionnels de santé (risque de stress, burn-out, etc.) et les malades (temps d'attente important, qualité de services inférieure, etc.).

Des inégalités régionales persistantes pour les ressources humaines. (Cartes 1,2, 3 et 4). Les augmentations du nombre des professionnels de santé ont réduit les écarts entre les régions. A titre d'exemple, le coefficient de variation, pour la distribution des médecins dentistes par 10 mille habitants, passe de 0.9 en 2007 à 0.5 en 2021. Toutefois, le gouvernorat le mieux nanti en médecins dentistes (Grand-Tunis) dispose par habitants de 5 fois⁽⁵⁰⁾ plus de médecins dentistes que le gouver-

norat le moins bien nanti (Kasserine). Les résultats de l'étude⁽⁵¹⁾ démontrent qu'il y a une concentration de l'installation dans les grands centres urbains et dans les régions où le pouvoir d'achat de la patientèle est plus élevé et où la qualité de vie est meilleure. Cependant, dans les gouvernorats de l'intérieur du pays, la propension des médecins à s'y installer est faible et le nombre d'habitants par médecin reste élevé. Les disparités sont beaucoup plus importantes pour les médecins spécialistes que généralistes. A titre d'exemple, en 2021, la densité moyenne des médecins généralistes est de 5.8 par 10 mille habitants avec des extrêmes de 1160 médecins généralistes pour le gouvernorat de Tunis (densité 10.8 par 10 mille habitants) et de, seulement, 171 par 10 mille habitants dans le gouvernorat de Sidi Bouzid (densité 3.7 par 10 mille habitants). Ces disparités sont plus importantes dans le secteur privé⁽⁵²⁾ que le secteur public avec des coefficients de variation de 0.49 et 0.35 respectivement.

Pour les médecins spécialistes, l'écart⁽⁵³⁾ se creuse avec une moyenne nationale de 7.7 par 10 mille habitants et une forte disparité entre les régions : le coefficient de variation est de 0.9 dans le secteur privé et 1.1 dans le secteur public.

Ces disparités sont plus accentuées pour certaines spécialités. A l'instar du secteur public qui souffre d'un manque de spécialistes dans les gouvernorats de l'Ouest du pays, le secteur de pratique libérale manifeste les mêmes déficiences, comme le montre le Tableau 1.

43. Selon les données du Panorama de la Santé 2021, les femmes représentent en moyenne 49% des médecins en exercice dans les pays de l'OCDE.

44. Exemple Lapyere et Le Feu (2005) <https://www.caim.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-1-page-59.htm>

45. Selon les données du Panorama de la Santé 2021, la moyenne des pays de l'OCDE est de 36 pour 10 mille habitants (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/fea50730-fr.pdf?expires=1688133531&id=id&accname=guest&checksum=1E4A-28236102CA9820E2811C7990F9B6>)

46. En moyenne, la densité des officines par 10 mille habitants passe de 1.67 à 1.93 entre 2007 et 2021

47. Il s'agit des techniciens supérieurs, infirmiers, aides-soignants, etc.

48. Pour le nombre des médecins, le CNOM enregistre 27097 médecins inscrits jusqu'à l'année 2021. La Carte Sanitaire reporte 16199 médecins en exercice pour l'année 2021. La différence peut être expliquée par les médecins inscrits mais qui font partie de l'administration des différents ministères et de la CNAM, ainsi que les médecins inscrits mais n'exerçant plus.

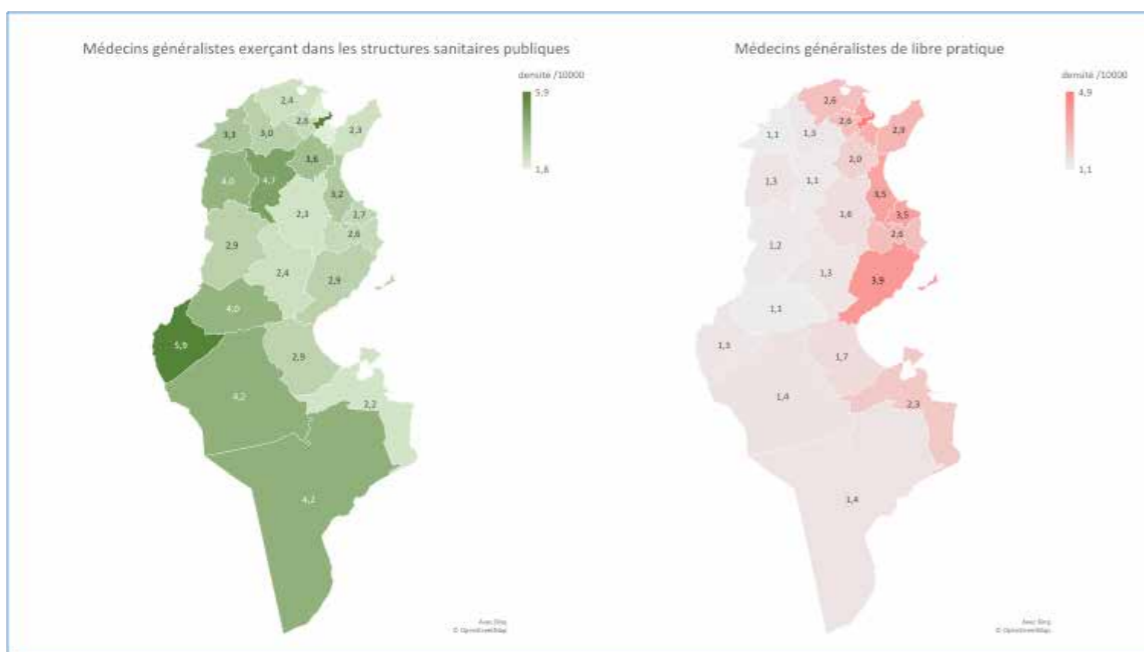
49. Les médecins généralistes et spécialistes sont respectivement de 47 et 62% dans le secteur privé.

50. La densité des médecins dentistes est de 8.3 et de 1.5 par 10 mille habitants respectivement pour Tunis et Kasserine (Carte Sanitaire 2021, p 115)

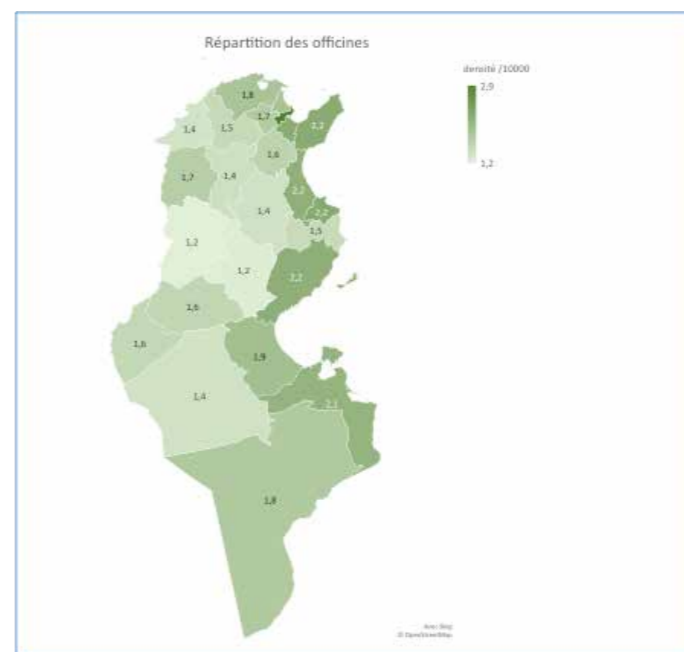
51. « Quelles politiques pour faire face aux inégalités d'accès aux soins en Tunisie ? », 2014 (https://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Tendance_economique_-_Quelles_politiques_pour_faire_face_aux_inegalites_d'accès_aux_soins_en_Tunisie.pdf)

52. Au niveau du gouvernorat de Tunis (le mieux nanti) dispose de 4.9 médecins généralistes de libre pratique par 10 mille habitants alors que les gouvernorats de Jendouba, Siliana et Gafsa disposent de 1.1 médecin généralistes de pratique libérale par 10 mille habitants

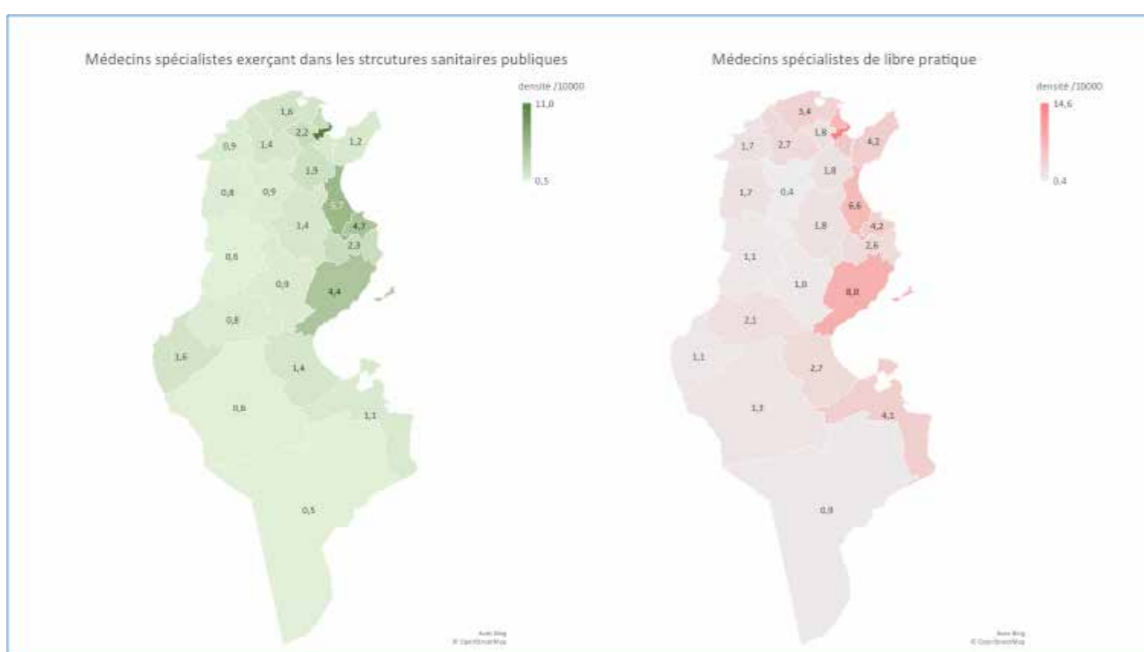
53. Le rapport entre le gouvernorat le mieux nanti en cabinets de pratique libérale (Tunis) et le gouvernorat le moins bien nanti (Siliana) est de 4.48 pour les généralistes contre 33.29 pour les spécialistes.



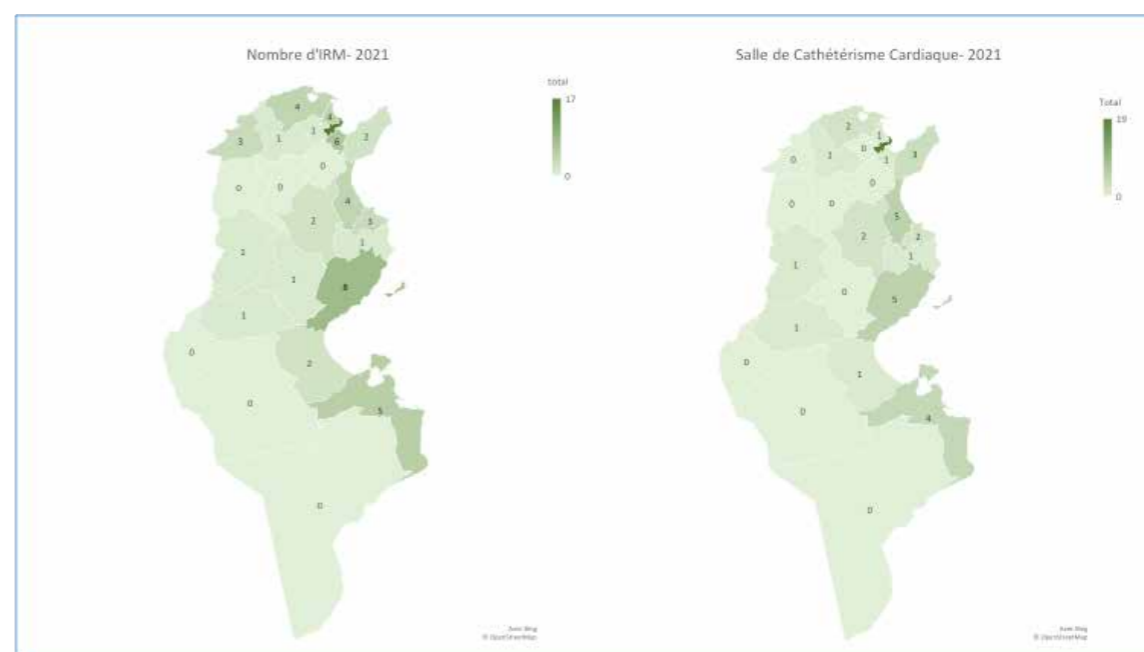
Carte 1: Densité des médecins généralistes par 10 mille habitants
Source : Carte Sanitaire - MS. 2021



Carte 3 : Répartition des officines par 10 mille habitants
Source : Carte Sanitaire - MS. 2021



Carte 2: Densité des médecins spécialistes par 10 mille habitants
Source : Carte Sanitaire - MS. 2021



Carte 4: Répartition des IRM et des salles de Cathétérisme Cardiaque-2021
Source : Carte Sanitaire - MS. 2021

Tableau 1 : Densité de médecins spécialistes par 10 mille habitants – 2021

	Minimum	Maximum	Nationale	CV 2021	CV 2019	Disparités
Anesthésie – Réanimation ⁵⁴	0 dans 4 gouvernorats : Siliana, Tataouine, Gafsa et Kébili	1.5 (Tunis)	0.32	1.49	1.36	Augmentation
Imagerie Médicale	0.04 (Siliana)	1.3 (Tunis)	0.43	0.90	0.96	Légère baisse
Psychiatrie ⁵⁵	0 dans 3 gouvernorats : Zaghouan, Tataouine et Kébili	0.9 (Mannouba)	0.27	1.25	1.26	Légère baisse
Gynécologie obstétrique*	0.7 dans 2 gouvernorats : Siliana et Tataouine	8.2 (Tunis)	3.01	0.72	0.72	Stagnation
Pédiatrie **	0.5 dans 2 gouvernorats : Kasserine et Kébili	7.7 (Tunis)	2.48	0.8	0.8	Stagnation
Pédopsychiatrie **	0 dans 12 gouvernorats : Zaghouan, Beja, Jendouba, Kef, Siliana, Mahdia, Kasserine, Gabès, Tataouine, Gafsa, Tozeur et Kebili	0.6 (Tunis)	0.16	1.61	nd	

Source : Carte Sanitaire MS .2021, p106 et 116

* : par 10 mille femmes âgées de 15-49 ans ** : par 10 mille enfants de moins de 15 ans

Des tentatives pour pallier les insuffisances en ressources humaines. Le Ministère de la santé a envisagé plusieurs solutions pour compenser le manque de professionnels de santé dans les régions. Des indemnités spécifiques sont définies pour certaines spécialités médicales⁽⁵⁶⁾ et pour certaines catégories⁽⁵⁷⁾ de professionnels dans les régions sanitaires prioritaires⁽⁵⁸⁾.

De plus, l'article 19 du décret n° 2009-3353 stipule que les assistants hospitalo-universitaires sont tenus d'exercer pendant une année dans l'une des SSP dans les régions prioritaires telles que définies, avant de rejoindre leurs postes d'affectation à la suite de la réussite au concours.

Un programme d'appui⁽⁵⁹⁾ aux régions a été mis en place en 2016 pour améliorer la disponibilité des soins spécialisés dans les HR. Ce programme constitue une réponse urgente sans pour autant apporter de réponses durables. Des postes spécifiques pour les régions prioritaires⁽⁶⁰⁾ sont prévus au concours de résidanat depuis 2017. Les candidats postulant pour ces postes s'engagent à exercer dans ces régions pour une période équivalente à celle du résidanat (4 ou 5 ans en fonction de la spécialité).

Les effets indésirables de la double appartenance. À l'instar de plusieurs pays, certaines catégories parmi les médecins exerçant dans les structures publiques peuvent, selon des conditions, pratiquer dans le secteur privé. L'activité privée complémentaire (APC) est instaurée par le décret n° 95-1634⁽⁶¹⁾ complété par le n° 2007-120. Les professeurs et maîtres de conférences agrégés hospitalo-universitaires ayant 5 ans d'expérience au minimum depuis leur nomination, peuvent demander une autorisation⁽⁶²⁾ pour avoir le droit d'exercice de l'APC selon des conditions: (i) les consultations se font au niveau des SSP, (ii) l'hospitalisation et les actes médicaux se font au niveau des structures privées, (iii) le bénéficiaire de l'APC n'a le droit d'exercer que dans un seul établissement privé, (iv) le droit d'exercice de l'APC est limité à deux après-midi par semaine à partir de 15h, (v) interdiction de faire des visites à domicile ou d'assurer des tableaux de garde au niveau des structures privées, (vi) 30% des recettes des consultations au titre de l'APC sont versées au profit de la SSP et (vii) la suppression de 20% de l'indemnité de non clientèle. Une convention devrait être signée entre l'intéressé et la SSP pour l'usage du matériel en contrepartie financière. Cette pratique dont l'objectif initial est de garder les « seniors » en exercice au sein

de l'hôpital public, fait l'objet de plusieurs critiques en relation avec les abus et les dépassements engendrés. Les médecins⁽⁶³⁾ exerçant dans les régions prioritaires peuvent exercer des consultations à titre privé pendant deux après-midis par semaine au sein de l'établissement public hospitalier d'affectation.

Des tensions liées à l'exercice. Les disparités régionales, avec souvent une inadéquation de disponibilité entre les ressources humaines et les équipements, en particulier dans le secteur public, donnent un environnement de travail non satisfaisant aux besoins et aux attentes, ni des professionnels de santé, ni des patients et de leurs accompagnants. Des violences, internes⁽⁶⁴⁾ et externes⁽⁶⁵⁾, contre les professionnels de santé sont de plus en plus enregistrées. Parmi les facteurs⁽⁶⁶⁾ générateurs de violence, on trouve l'organisation du travail et les conditions de travail (charge élevée, durée d'attente pour les patients, manque de personnels, etc.). Les conséquences⁽⁶⁶⁾ de la violence sur les professionnels de santé sont à la fois physiques, mentales et psychologiques.

Outre la violence subie, les professionnels de santé font face à la possibilité d'un jugement pénal⁽⁶⁷⁾ à la suite de leur exercice, en l'absence d'une loi spécifique sur la responsabilité d'exercice. Un projet de loi est en cours de préparation.

Une adaptation limitée aux besoins et exigences du système. La Tunisie ne dispose pas d'une stratégie nationale pour les ressources humaines. Pour répondre à ce besoin, le plan triennal 2023-2025, prévoit la mise en place

d'un observatoire des ressources humaines qui permettrait des approches rationnelles et une réponse plus adéquate aux exigences du système et son évolution, en particulier, avec l'émergence et le développement d'innovations portées par les technologies du digital, de l'intelligence artificielle et des big data.

III. ÉVOLUTION DE LA MIGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN TUNISIE

III.1. La migration au-delà du secteur de la santé

Une tendance haussière. Selon l'enquête⁽⁶⁸⁾ nationale sur la migration internationale 2020-2021, autour de 566 mille tunisiens ont émigré⁽⁶⁹⁾ dont la moitié après 2010. Par ailleurs, il existe un décalage de données selon les sources et les définitions utilisées. En se référant aux données de l'Office des Tunisiens à l'Étranger (OTE), le nombre total des tunisiens résidents à l'étranger (tout âge confondu et sans distinction du lieu de naissance) est de plus de 1.4 million en 2018. Le rapport de l'OCDE 2018⁽⁷⁰⁾, estime que la population âgée de plus de 15 ans, née en Tunisie et résidente dans les pays de l'OCDE s'élève à 630 mille tunisiens en 2015/2016, avec une augmentation de 30% par rapport à 2000/2001. Le taux d'émigration⁽⁷¹⁾ est de 7% selon ce rapport.

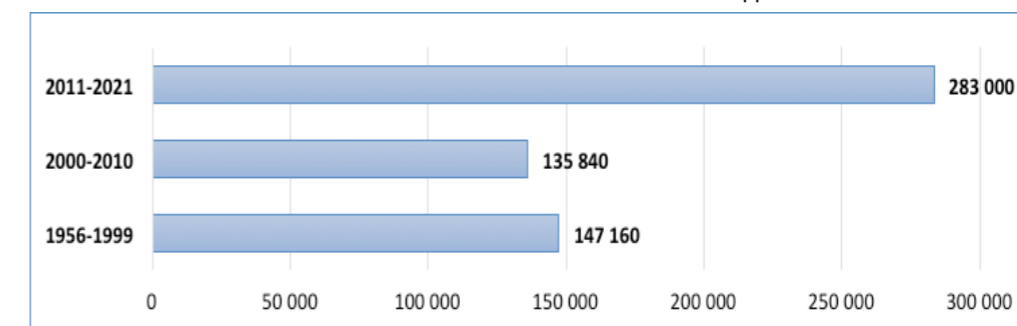


Figure 7: Évolution du nombre des migrants

Source : Profils approfondis des migrants tunisiens à l'étranger. Février 2023

54. La densité des médecins pour la spécialité Anesthésie-réanimation par 10 mille habitants est très faible dans les gouvernorats suivants : Médenine (0.02), Sidi Bouzid (0.04), Gabès (0.05) et Jendouba (0.05)

55. La densité des médecins pour la spécialité Psychiatrie par 10 mille habitants est très faible dans les gouvernorats suivants : Kasserine (0.02), Sidi Bouzid (0.02), Siliana (0.04) et Kef (0.04)

56. Il s'agit de la chirurgie générale, orthopédie, gynécologie, ophtalmologie, ORL, pédiatrie, radiologie, cardiologie et anesthésie-réanimation

57. Techniciens supérieurs en gynécologie (sage-femme) et en anesthésie-réanimation

58. Arrêté du Premier ministre du 1er mars 1995, fixant les régions sanitaires prioritaires pour l'octroi de certains avantages au profit de certains corps particuliers du ministère de la santé publique y exerçant dans certaines spécialités et ses amendements les arrêtés du 19 septembre 2003, du 26 février 2005, du 17 mars 2007, du 14 août 2009, du 8 août 2011 et du 17 mai 2012.

59. Il repose sur la contribution volontaire des médecins hospitalo-universitaires pour assurer la permanence et la continuité des prestations par des gardes rémunérées 630TND par garde de 24h, sans dépasser 8 gardes par mois. Les 6 spécialités concernées sont : gynéco-obstétrique, pédiatrie, chirurgie générale, anesthésie, radiologie et orthopédie. Lors de la crise sanitaire COVID, la spécialité biologie a été ajoutée.

60. Il s'agit des gouvernorats : Bizerte, Béja, Jendouba, Kef, Siliana, Sidi Bouzid, Kasserine, Gafsa, Médenine, Gabès, Tozeur, Tataouine et Kébili

61. L'article 4 du décret n°77732 du 9 septembre 1977 a institutionnalisé le plein temps aménagé (PTA) qui a été supprimé en 1988

62. Autorisation délivrée par le Ministre de la Santé pour une année renouvelable par demande avant 2 mois de l'expiration de la validité de l'autorisation. Elle est accordée seulement après la signature par l'intéressé d'une déclaration sur l'honneur

63. Il s'agit des médecins principaux des hôpitaux et les médecins des hôpitaux (décret n°94-2156 du 17 octobre 1994) ainsi que les médecins spécialistes et les spécialistes principaux de la santé publique (décret n°94-2158 du 17 octobre 1994)

64. Selon l'étude de Omrane et al. (2020), la prévalence de la violence interne (c'est-à-dire entre collègues) en milieu hospitalier est de 77.1%, la majorité est non physique et verbale. Source : <https://www.em-consulte.com/article/1391459/violence-interne-en-milieu-hospitalier-etude-tunis>

65. Il s'agit de la violence exercée par les patients et leurs accompagnants. Selon l'étude de Bouhala et al (2020), ce type de violence est le plus fréquent (95.58%), dont la majorité est verbale. Source : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1775878520302344>

66. Exemple : <https://theses.hal.science/tel-02145980/document>

67. Exemple : <https://www.medicines-fax.org/useruploads/files/article05-25.pdf>

68. <http://www.migration.nat.tn/fr/publications/etudes-et-recherche/rapport-de-l-enquete-nationale-sur-la-migration-internationale-tunisia-hims>

69. Est considéré Émigré toute personne de nationalité tunisienne âgée de 15 ans et plus, ayant résidé en Tunisie avant de partir et qui réside depuis au moins 3 mois au moment de l'enquête

70. https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/talents-a-l-etranger_9789264308855-fr#page4

71. Il est défini comme étant le rapport entre le nombre des personnes nées dans le pays et qui ont migré et le nombre total de la population

L'Europe, la destination de proximité. L'Europe constitue la principale destination des migrants tunisiens (83.4% des migrants) avec une forte présence en France (52.5% des migrants), en Italie (14.2%) et en Allemagne (8.5%). Les migrants vers les pays Arabes et vers l'Amérique du Nord

représentent respectivement 11.4% et 4% du total des migrants.

Une migration « qualifiée ». La majorité des migrants dispose d'un niveau d'instruction secondaire ou plus : secondaire 39% et supérieur 35% des migrants respectivement (Figure 8).

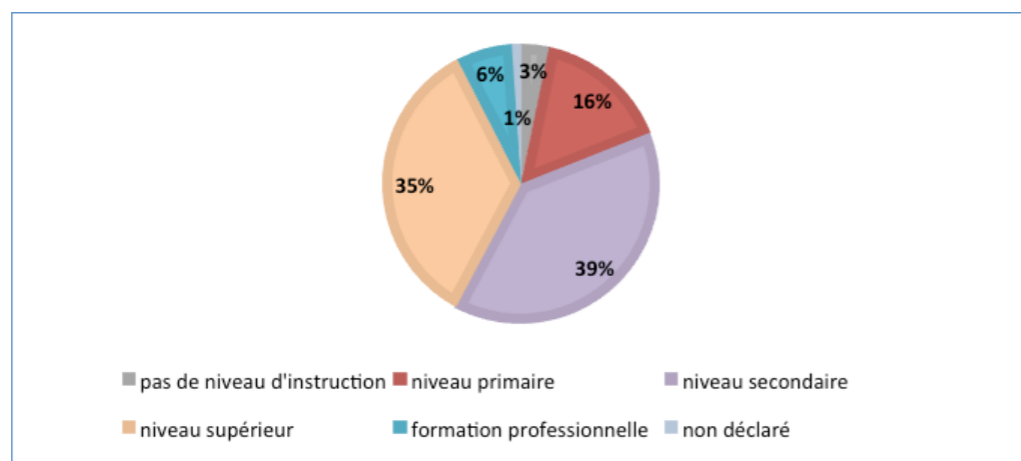


Figure 8: Distribution des migrants selon le niveau d'instruction
Source INS. Enquête Nationale sur la migration internationale 2020-2021

Les données recensées par l'Office des Tunisiens à l'Étranger (OTE) permettent de confirmer un accroissement de la migration des cadres (enseignants du supérieur, professionnels de santé, ingénieurs et autres scientifiques ou techniciens): le nombre total des cadres à l'étranger a augmenté de 63.5% entre l'an 2000 et 2010 passant de 4421 à 7234 et dépassant les 10 000 cadres en 2017. Le taux de migrants hautement qualifiés est passé de 10% en 1990 à 20% en 2010.

En se référant aux données publiées par l'OCDE⁽⁷⁰⁾, la proportion des émigrés tunisiens dans les pays de l'OCDE ayant un diplôme supérieur est passé de 16 à 24% entre 2000/2001 et 2015/2016. Tandis que la part des émigrés avec un niveau d'éducation faible s'est réduite passant de 56 à 47%.

La coopération technique ou la migration organisée. L'Agence Tunisienne de Coopération Technique (ATCT⁽⁷²⁾) est chargée de mettre à disposition des compétences tunisiennes au profit d'autres pays demandeurs. En 2022, plus de 22 mille personnes ont émigré à travers la coopération technique, avec une augmentation de 8.6% par rapport à 2021. Certes, la part des migrants coopérants est faible⁽⁷³⁾ par rapport au total des migrants, mais elle reflète l'attractivité des compétences tunisiennes. En effet, le nombre des coopérants a enregistré une augmentation annuelle moyenne de 5%⁽⁷⁴⁾ entre 2016 et 2022. **Les pays arabes constituent la principale destination des coopérants avec 63% du total, suivis par l'Europe (22%) et l'Amérique, en particulier, le Canada (Figure 9).**

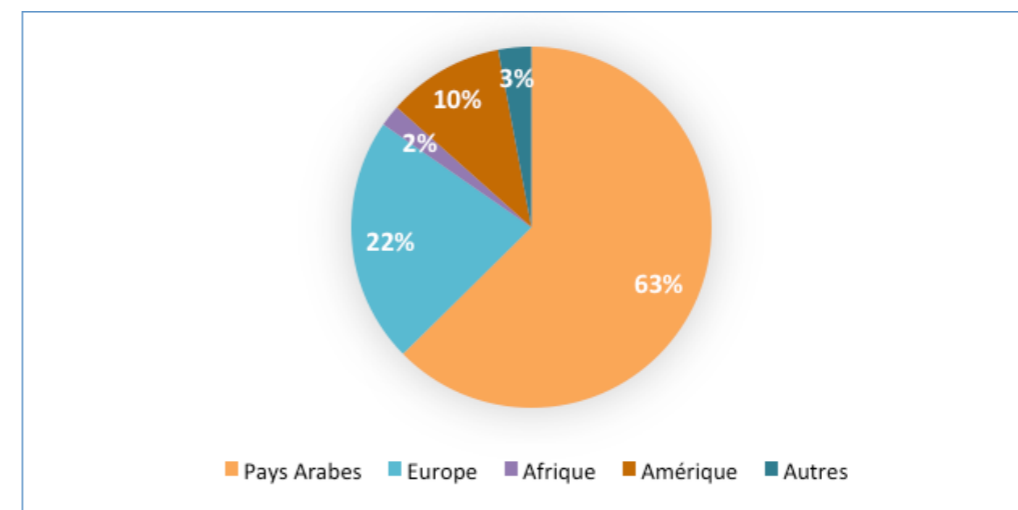


Figure 9: Distribution des coopérants par groupe de pays
Source⁽⁷⁵⁾: ATCT. 2022

Parmi les migrants hautement qualifiés, ce ne sont pas les professionnels de santé qui sont les plus représentés, mais les enseignants du supérieur, s'agissant d'une tendance persistante. Ainsi, les principaux domaines d'activité des coopérants, en 2022 sont l'enseignement (40.2%), suivi par la santé (27.8%) et l'administration et gestion (5.1%).

III.2. La migration dans le secteur de la santé

Une accélération rapide. En se référant aux données de l'ATCT, le nombre de coopérants dans le secteur de la santé augmente plus rapidement que le nombre des coopérants (Figure 10). En effet, sur la période 2016-2022, le taux de croissance annuel moyen des coopérants en santé est de 8% contre 5% au total.

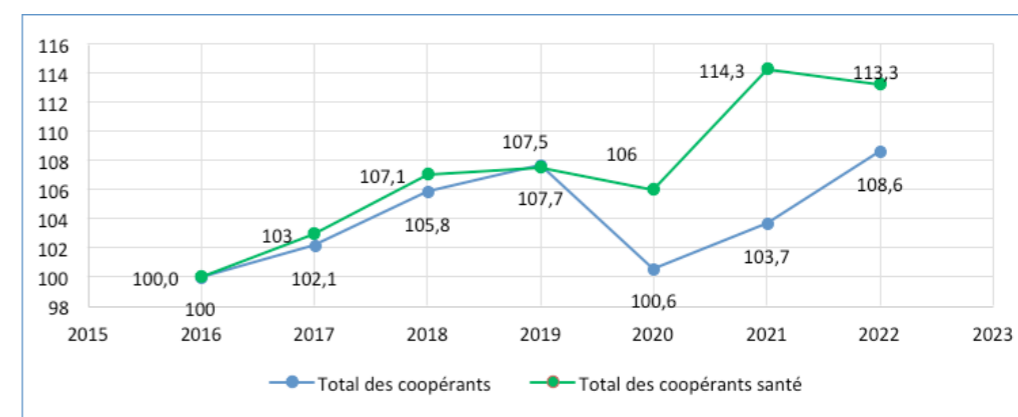


Figure 10: Évolution du nombre des coopérants par indice 100
Source : ATCT

72. Créée par la loi n°72-35

73. Seulement 4% (Profils approfondis des migrants tunisiens à l'étranger. Février 2023)

74. Selon les données de l'ATCT, en 2016, on enregistre 17331 coopérants et en 2022 le nombre des coopérants est de 22846

75. Source : <https://www.atct.tn/sites/default/files/rapnue2022.pdf>. Dans la catégorie « autres », on a regroupé les coopérants dans les pays de l'Asie, Australie et les organismes internationaux

Un recrutement accru. Sur la période 2009-2022, le nombre des recrutés à travers l'ATCT a augmenté en moyenne de 11% par an, avec une forte accélération pour les personnels de santé (infirmier, technicien supérieur, sage-femme, etc.) avec un taux moyen annuel de 14%. Jusqu'à avril 2023, 499 nouveaux recrutements, soit 44% du total des recrutés tout domaine d'activité confondu.

Une prédominance des recrutés dans la catégorie « personnels de la santé ». Selon les

données de l'ATCT, les personnels de santé (infirmier, technicien supérieur, sage-femme, etc.) représentent en moyenne 72% du total des recrutés dont les médecins spécialistes (21% en moyenne) et 7% seulement pour les médecins généralistes sur la période 2009-2022. Jusqu'à avril 2023, la part des recrutés des « personnels de santé » dépasse 92% du total des recrutements en santé.

Il est à rappeler que ces données sont relatives seulement aux demandes satisfaites à travers l'ATCT.

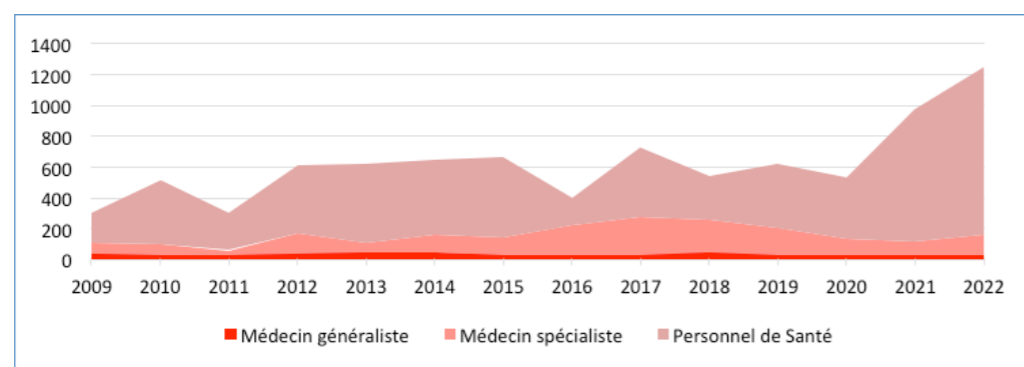


Figure 11: Évolution du nombre des recrutés par catégorie
Source : ATCT

Une concentration géographique. Selon les données de l'ATCT, 52% des coopérants dans le domaine d'activité « santé » sont installés dans les pays arabes, suivis par l'Europe. Toutefois, l'Europe et le Canada ont enregistré les taux de croissance les plus élevés du nombre des

recrutés (respectivement 22 et 21% en moyenne annuelle sur la période 2009-2022) ; tandis que le nombre des recrutés dans les pays arabes et l'Afrique évolue avec un taux de croissance annuel respectif de 4 et 5% sur la même période.

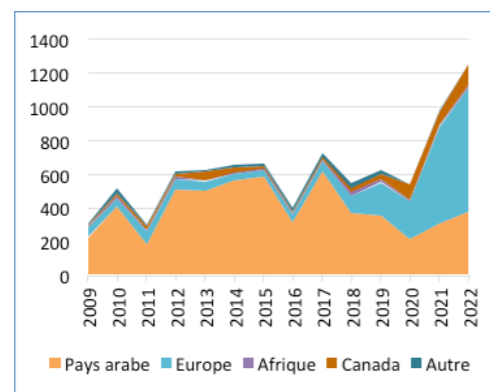
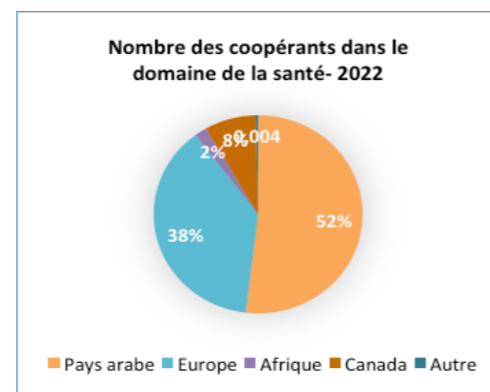


Figure 12: Évolution du nombre des recrutés par groupe de pays de destination
Source : ATCT



En outre, les coopérants dans le domaine de la santé constituent, en Europe, 48% du total des coopérants.

Tableau 2: Distribution des Coopérants dans le domaine de la santé par pays - 2022

	Total des Coopérants en Santé	Total des Coopérants	% des Coopérants Santé
Pays Arabes	3306	14309	23%
Europe	2411	5028	48%
Afrique	117	439	27%
Amérique	507	2394	21%
Autres Pays	26	676	4%
Total	6367	22846	28%

Source : ATCT

Jusqu'au mois d'avril 2023, plus de 65% des recrutés sont destinés pour l'Europe, en particulier l'Allemagne avec 190 personnels.

Des destinations ciblées. En analysant les données de l'ATCT par pays et selon la catégorie de l'activité, on constate qu'il y a un ciblage des pays selon la catégorie des activités.

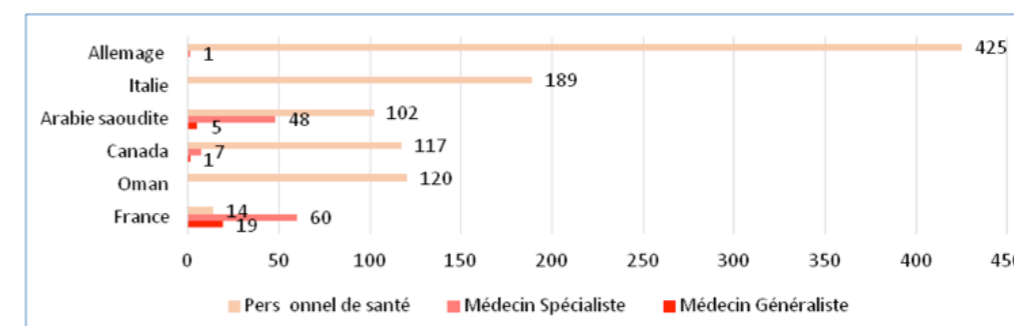


Figure 13: Répartition des recrutés par catégorie d'activité et par pays en 2022
Source : ATCT

A ce titre, la destination Europe, en particulier l'Allemagne, enregistre le taux de croissance le plus élevé pour la catégorie « personnels de santé » (21% par an en moyenne sur la période 2009-2022), suivie par le Canada avec un taux de 20% par an sur la même période, suivi par l'Afrique avec 10% et les pays arabes avec un taux de 7%.

de 50% en moyenne et par an entre 2019 et 2022. En 2022, sur les 459 coopérants recrutés en Allemagne, 93% sont des personnels de la santé. Ces chiffres sont confirmés par une enquête réalisée par l'Institut des Métiers de Santé (IMS) et présentée lors du salon des métiers de santé en juin 2023. En effet, les pays de destination pour les infirmières et les sage-femmes sont respectivement : l'Allemagne (47%), l'Arabie Saoudite (12%), le Qatar (12%), les Émirats Arabes Unis (6%) et la France (6%).

En effet, l'Allemagne devient la première destination pour la catégorie « personnels de la santé » depuis 2019 avec une augmentation

Tableau 3 : Nombre des recrutés en «personnels de santé» par groupe de pays

	Pays arabes	Europe	Afrique	Canada	Autre	Total	1ère destination/nombre
2009	130	52	2	11	0	195	Arabie Saoudite : 81
2010	318	47	4	16	31	416	Oman : 128
2011	133	77	2	24	7	243	Qatar : 59
2012	359	50	10	15	13	447	Qatar : 135
2013	416	38	1	48	8	511	Oman : 224
2014	429	19	5	26	8	487	Qatar : 320
2015	468	18	8	12	13	519	Qatar : 206
2016	125	24		14	16	179	Arabie Saoudite : 48
2017	378	38	2	18	12	448	Qatar : 232
2018	161	67	11	20	23	282	Qatar : 79
2019	203	155	13	25	20	416	Allemagne : 127
2020	126	185	6	84	2	403	Allemagne : 148
2021	256	521	10	75	2	864	Allemagne : 368
2022	314	648	7	117	1	1087	Allemagne : 425
Avril 2023	78	314	1	70	0	463	Allemagne : 190

Source : ATCT

Jusqu'à 2019, l'Arabie Saoudite est la destination privilégiée des médecins spécialistes coopérants avec un taux de croissance annuel moyen de 11% sur la période 2009-2019. A

partir de 2020, la France est la première destination de cette catégorie des professionnels de santé.

Tableau 4 : Nombre des médecins spécialistes recrutés par groupe de pays

	Pays arabe	Europe	Afrique	Canada	Autre	Total	1ère destination/ nombre
2009	58	2	4	0	1	65	Arabie Saoudite : 47
2010	61	2	4	0	0	67	Arabie Saoudite : 58
2011	22	4	1	0	3	30	Arabie Saoudite : 11
2012	113	9	2	1	2	127	Arabie Saoudite : 84
2013	45	14	2	2	2	65	Arabie Saoudite : 21
2014	94	18	4	2	3	121	Arabie Saoudite : 70
2015	95	17	1	1	2	116	Arabie Saoudite : 62
2016	167	14	2	1	6	190	Arabie Saoudite : 150
2017	213	19	2	4	7	245	Arabie Saoudite : 200
2018	169	27	11	3	1	211	Arabie Saoudite : 151
2019	130	39	6	4	3	182	Arabie Saoudite : 123
2020	63	32	3	4	1	103	France : 32
2021	38	44	0	3	2	87	France : 43
2022	55	67	4	7	0	133	France : 67
Avril 2023	19	13	0	1	1	34	France : 10

Source : ATCT

La majorité des médecins généralistes coopérants sont recrutés en Arabie Saoudite sur la période 2009-2020, pour être remplacée par la France à partir de 2021 où le nombre a doublé.

Tableau 5 : Nombre des médecins généralistes recrutés par groupe de pays

	Pays arabe	Europe	Afrique	Canada	Autre	Total	1ère destination/nombre
2009	36	3	1	0	2	42	Arabie Saoudite : 29
2010	24	2	2	0	1	29	Arabie Saoudite : 22
2011	23	0	3	1	1	28	Arabie Saoudite : 10
2012	36	2	3	0	0	41	Arabie Saoudite : 27
2013	40	3	3	0	1	47	Oman : 31
2014	34	6	1	0	2	43	Arabie Saoudite : 23
2015	20	6	0	2	1	29	Arabie Saoudite : 11
2016	23	7	1	0	1	32	Arabie Saoudite : 20
2017	24	4	1	1	2	32	Arabie Saoudite : 20
2018	36	7	5	1	1	50	Arabie Saoudite : 27
2019	20	7	2	1	0	30	Arabie Saoudite : 12
2020	20	7	2	2	0	31	Arabie Saoudite et Oman : 8
2021	14	8	1	3	1	27	France : 8
2022	7	19	3	1	0	30	France : 19
Avril 2023	0	1	1	0	0	2	

Source : ATCT

Une distribution égalitaire par genre. Selon les données de l'ATCT 2021, presque la moitié des recrutés sont des femmes.

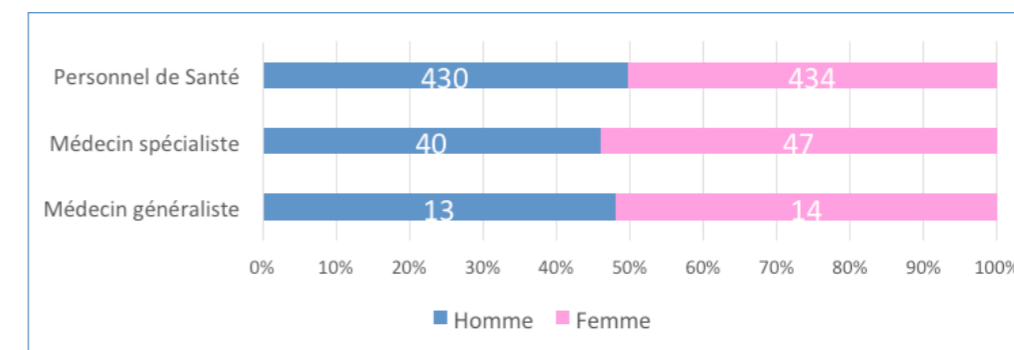


Figure 14: Nombre des recrutés par catégorie d'activité et par genre en 2021

Source : ATCT

Des données parcellaires. Les données présentées plus haut sont collectées auprès de l'ATCT, ce qui ne reflète pas la migration des professionnels de santé qui travaillent à l'étranger sans passer par ladite agence. A titre d'exemple, selon les données de l'ATCT,

seulement 10 médecins⁽⁷⁶⁾ sont recrutés en Allemagne entre 2009 et avril 2023 ; or, selon les données publiées en Allemagne⁽⁷⁷⁾, jusqu'au 31 décembre 2022, 881 médecins tunisiens ont été recensés avec une augmentation de 7.8% par rapport à l'année précédente.

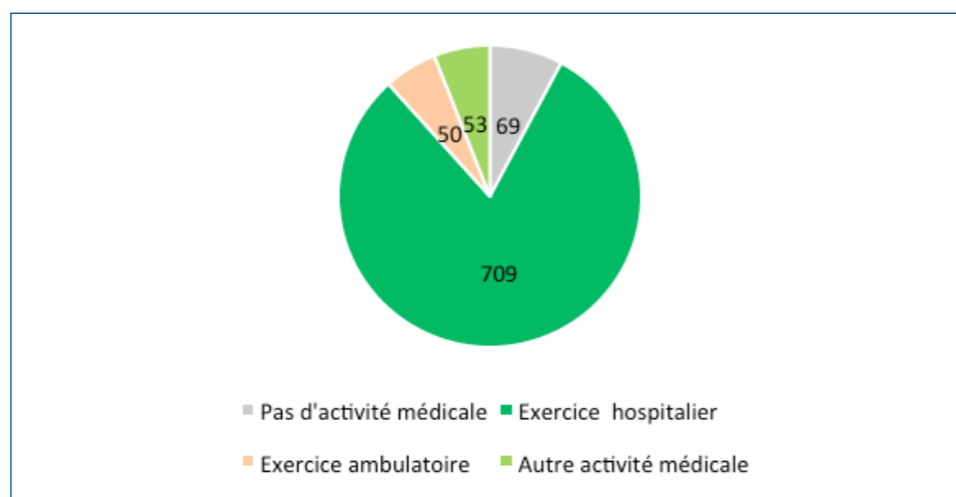


Figure 15 : Répartition des médecins tunisiens en Allemagne. 2022
Source ⁽¹⁴⁷⁷⁾

Sur la période 2017-2022, le nombre des médecins tunisiens émigrés en Allemagne a augmenté en moyenne de 20% par an. En consultant les

années précédentes à 2016, « Tunesien » pour identifier la nationalité tunisienne des médecins émigrés en Allemagne, n'est pas disponible (Figure 16).

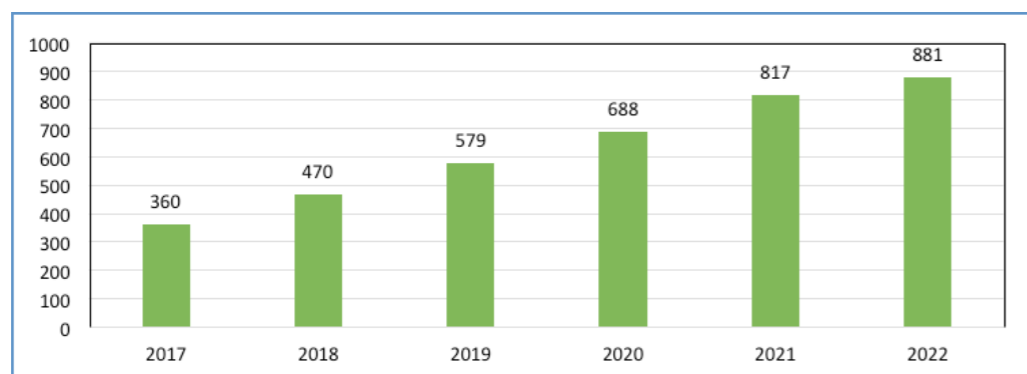


Figure 16 : Nombre des médecins tunisiens émigrés en Allemagne
Source ⁽¹⁴⁷⁵⁾

Selon le rapport de l'OCDE⁽¹⁴⁷⁰⁾, plus de 3200 médecins et 1500 infirmiers se trouvent dans les pays de l'OCDE en 2010/2011 contre 2600 médecins et 400 infirmiers en 2000/2001. Les données préliminaires présentées dans le rapport montrent que près de 4000 médecins et 2000 infirmiers exercent dans les pays de l'OCDE en 2015/2016 ; ce qui représente un taux d'émigration de près de 22% pour cette branche d'activité.

Pour répondre à la problématique de cette étude, plusieurs sources de données sont utilisées avec des hypothèses.

Accroissement des demandes de « bonne conduite ». Selon les données du CNOM⁽⁷⁸⁾, la demande de bonne conduite connaît un accroissement exponentiel depuis 2011, avec un taux de croissance annuel moyen de 23% entre 2011 et 2022. Au premier semestre 2023, 732 demandes de bonne conduite sont accordées. Ces demandes sont considérées comme étant un proxy de la migration vu que ce certificat de bonne conduite est exigé par tous les pays pour pouvoir y exercer.

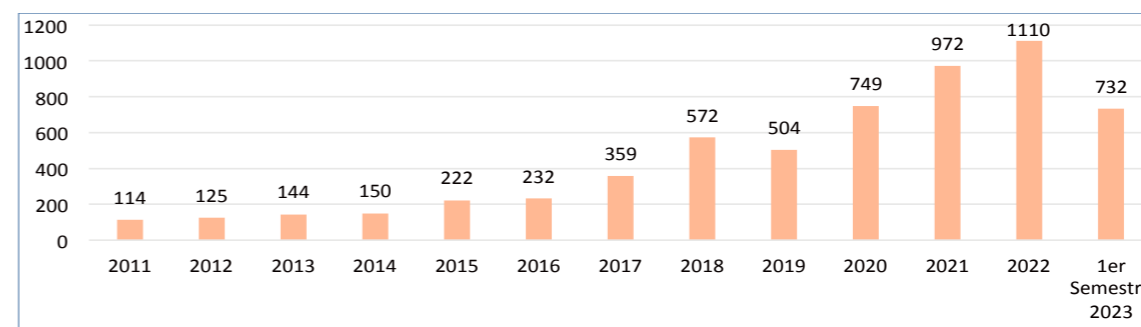


Figure 17 : Évolution du nombre des certificats de Bonne Conduite de l'exercice de médecine
Source : CNOM

Des demandes de radiation pour l'exercice de médecine en Tunisie en hausse. L'exercice de la médecine en Tunisie est autorisé par le CNOM selon les dispositions des articles 113-116 du code de déontologie⁽⁷⁹⁾ et la Loi 21-91 relative à l'exercice de la médecine, laquelle fait l'objet d'une révision. Afin de pouvoir s'inscrire au tableau de l'Ordre des Médecins en France⁽⁸⁰⁾, il est obligatoire d'avoir une seule autorisation d'exercice, ce qui engendre

une demande de radiation du tableau tunisien. Cet indicateur peut être utilisé pour illustrer le phénomène de la migration des médecins, en particulier en Tunisie. En effet, sur la période 2011-2021, les demandes de radiation ont augmenté de 33% par an. Au premier semestre 2023, 187 demandes de radiations ont été accordées, dépassant le total des demandes enregistrées en 2022.

76. Il s'agit de 6 médecins généralistes et 4 médecins spécialistes

77. <https://www.bundesärztekammer.de/baek/ueber-uns/aerztestatistik/2022>

78. Conseil National d'Ordre des Médecins

79. Décret n°93-1155 du 17 mai 1993

80. Article L.4111-1 du Code de la Santé Publique



Figure 18: Évolution du nombre de demandes de radiation de l'exercice de médecine en Tunisie
Source : CNOM

Les professionnels de santé tunisiens : lauréats des épreuves de vérification des connaissances (EVC). Cet examen est considéré comme étant « la première étape de la procédure d'autorisation d'exercice pour les praticiens titulaires d'un diplôme obtenu dans un état non-membre de l'Union Européenne ou ne faisant pas partie de l'accord sur l'Espace économique européen »⁽⁸¹⁾.

les médecins dentistes ainsi que les sage-femmes. **Pour la session de 2023, le nombre des postes ouverts est de 2737⁽⁸²⁾ contre 1981 en 2021, soit une augmentation de 36%. Le nombre des postes ouverts pour les médecins passe de 1981 en 2021 à 2703 en 2023.**

Selon les données disponibles⁽⁸⁴⁾, le nombre des Tunisiens qui sont candidats à ces épreuves a augmenté en moyenne de 19% sur la période entre 2014 et 2018.

Les professionnels concernés par ces épreuves sont les médecins, les biologistes, les pharmaciens,

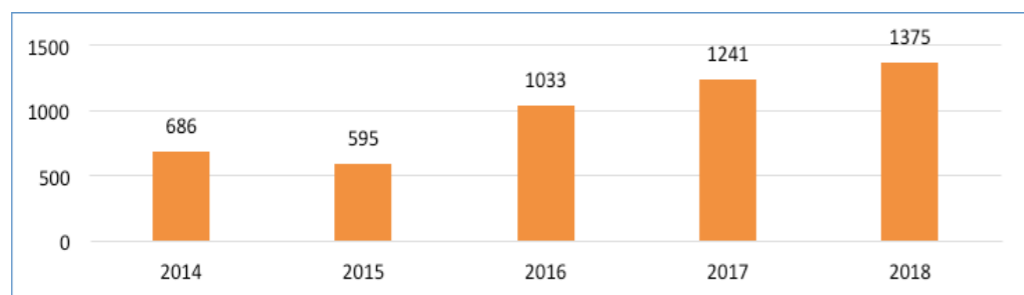


Figure 19: Évolution du nombre des candidats tunisiens aux épreuves de vérification de connaissance en France

Pour la session 2018, 528⁽⁸⁵⁾ postes ont été ouverts et les Tunisiens ont obtenu 280⁽⁸⁶⁾ postes, soit un taux de réussite générale de 47%. En faisant une lecture des résultats des sessions précédentes⁽⁸⁷⁾, on reconnaît des noms de médecins tunisiens. Selon les données collectées du CNOM, pour l'épreuve de 2020, 410 candidats tunisiens ont réussi cet examen dont 62% sont des femmes. De plus, presque

un tiers des lauréats sont des résidents (27.6%). Leur part varie d'une spécialité à une autre : sur les 52 Tunisiens qui ont réussi le concours EVC dans la spécialité imagerie médicale, 39 sont des résidents, soit une part de 75%, pour la psychiatrie et la pédiatrie, la part des résidents est respectivement de 50% et 45%. Plus des deux tiers des lauréats dans ce concours sont distribués entre les cinq spécia-

lités suivantes : médecine générale/famille (31%), imagerie médicale (13%), anesthésie-réanimation (9%), pédiatrie (8%) et psychiatrie (6%).

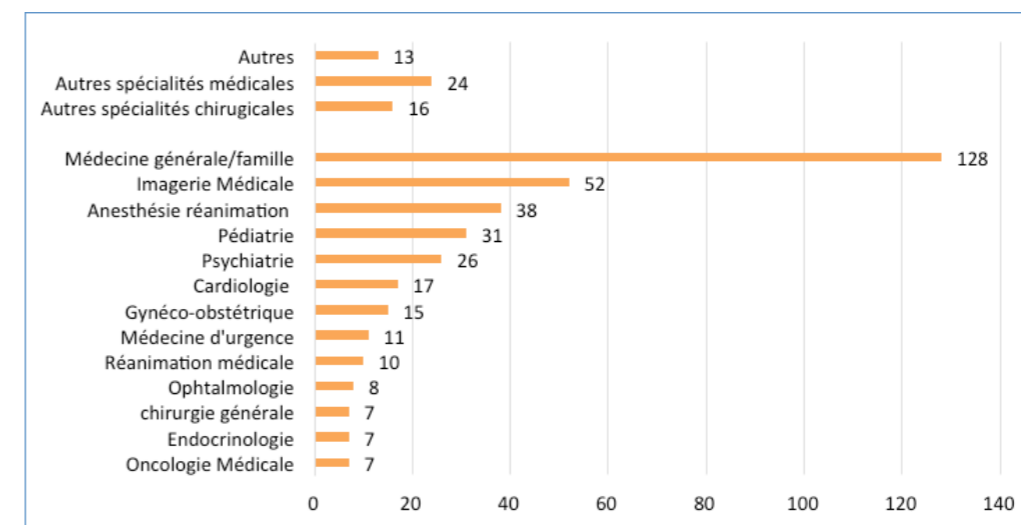


Figure 20: Nombre des lauréats du concours EVC 2020 par spécialité
Source : CNOM

IV. LA MIGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LE MONDE : UN TOUR D'HORIZON

Un phénomène mondial. La migration est un phénomène d'ampleur, ancré dans le temps. Les systèmes de soins des pays riches reposent de façon considérable sur des professionnels de santé étrangers. La migration des professionnels de santé s'inscrit dans un contexte migratoire des compétences hautement qualifiées. Selon les données publiées par l'OCDE⁽⁸⁸⁾, 27.2% des médecins dans les pays de l'OCDE en 2015/2016, sont d'origine étrangère; pour les infirmiers, 16.2% sont des étrangers. Ce flux migratoire ne cesse d'augmenter. A ce titre⁽⁸⁹⁾, le nombre de médecins formés à l'étranger passant le stade 3 de la procédure d'examen USMLE⁽⁹⁰⁾ a augmenté de 70% entre 2001 et 2008.

La compréhension de l'ampleur de la migration des professionnels de santé dans différents pays

peut aider à mettre en évidence les défis communs auxquels ils sont confrontés et à identifier les meilleures actions pour en atténuer les impacts négatifs.

Des destinations privilégiées. Selon le rapport de l'OMS⁽⁹¹⁾ (2023), les médecins émigrés travaillent principalement dans six pays de destinations (Etats-Unis, Royaume-Uni, Australie, France, Allemagne et Arabie Saoudite). Pour les infirmiers, les Etats-Unis et le Royaume-Uni constituent les destinations les plus privilégiées de la migration.

La majorité des migrants en provenance des pays les plus peuplés. Avec une démographie importante, les pays peuplés⁽⁹²⁾ constituent les principaux pays de départ de migration des professionnels de santé. A ce titre, les médecins nés en Inde, en Chine et au Pakistan représentent le plus grand nombre des médecins exerçant dans les pays de l'OCDE⁽⁹³⁾. Ceci est confirmé dans le rapport de l'OMS⁽⁹⁴⁾ où 30% des médecins émigrés sont formés dans sept pays : Égypte, Allemagne, Inde, Pakistan, Roumanie, Russie et Royaume-Uni.

88. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5571e48-en/1/2/1/index.html?itemId=/content/publication/5571e48-en&csp=66c6de543a12108c60fc09cd6f3a3f37&itemGO=ocd&itemContentType=book>

89. <https://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/44786070.pdf>

90. Concours obligatoire pour être qualifié afin d'exercer la médecine aux États Unis

91. <https://www.who.int/publications/item/2023-who-report-on-global-health-worker-mobility>

92. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/203-les-migrations-internationales-de-medecins-impacts-et-implications-politiques.pdf>

93. <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/7ca8643e-en.pdf?expires=1689170257&id=id&accname=guest&checksum=0B24964049F053D2DA9F5739422E0C5>

Le facteur langue joue un rôle important dans les flux migratoires. A titre d'exemple, la quasi-majorité (94%) des infirmiers formés en France travaille en Suisse⁽⁹⁴⁾.

Une recrudescence de la migration en provenance d'Afrique et du Pacifique. En analysant le taux d'émigration⁽⁹²⁾, les pays du Pacifique affichent les niveaux de migration les plus élevés (par exemple, pour la Dominique, le taux d'émigration est de 70% en 2015-2016 avec une augmentation de 216% par rapport à 2000/2001). Ces taux élevés s'expliquent⁽⁹¹⁾ par la capacité limitée de l'absorption du marché local et la proximité des Etats-Unis. En outre, les pays de l'Afrique Subsaharienne enregistrent aussi des taux élevés d'émigration, à titre d'exemple, au Liberia, ce taux est de 76% avec une augmentation de 343%. Ceci s'explique⁽⁹¹⁾ par les faibles salaires et les conditions socio-économiques précaires.

Comparaison avec d'autres pays. Pour mettre en perspective l'ampleur de la migration des professionnels de santé en Tunisie, il est intéressant de comparer les chiffres avec d'autres pays confrontés à des défis similaires. Par exemple, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 5 000 médecins quittent chaque année l'Afrique subsaharienne pour exercer dans des pays à revenu élevé.

Pour le Maroc. Le Maroc est l'un des pays à faire face à des problèmes similaires de migration des professionnels de santé. Selon les données disponibles, la Tunisie et le Maroc ont une situation relativement similaire en termes de migration des médecins et des infirmiers.

Le Maroc perd 600 à 700 médecins chaque année, soit 30% des médecins formés selon le rapport « Exode des compétences médicales au Maroc : menaces ou opportunités » publié par la Fondation des enseignants médecins libéraux en 2022. Dans un autre rapport⁽⁹⁴⁾, en 2022, le nombre des médecins formés au Maroc et exerçant à l'étranger est estimé

entre 10 mille et 14 mille. Selon une enquête⁽⁹⁵⁾ réalisée entre janvier et avril 2022, sur les 400 médecins marocains à l'étranger, 36% sont installés en France, 21% en Allemagne, 19% en Espagne, 16% en Italie et 8% en Belgique. La majorité sont des spécialistes (80% des répondants), avec une prédominance pour les spécialistes en cardiologie et maladies cardiovasculaires (24.3%), suivis par les gynécologues (14%) et les médecins en anesthésie (13.5%). **Selon le rapport de l'OCDE⁽⁹²⁾, le taux d'émigration enregistré en 2015/2016, pour les médecins marocains est similaire à celui des Tunisiens (17%) avec une tendance baissière de 15% contre une tendance haussière pour la Tunisie de 20% par rapport 2000/2001.**

Pour l'Algérie. En se référant au rapport de l'OCDE⁽⁹²⁾, le taux d'émigration des médecins algériens exerçant dans les pays de l'OCDE est de l'ordre de 10% seulement avec une baisse de 24% par rapport à 2000-2001. Cette tendance baissière est confirmée dans l'étude de Zenhati 2021⁽⁹⁶⁾. Selon cette étude, le taux d'émigration global calculé était de 23,35% en 2016. Ce calcul prend en compte tous les médecins nés en Algérie, quel que soit leur lieu de formation (France ou Algérie), et travaillant en France. Le taux d'émigration des médecins algériens en France s'élève à 23,35% en 2016⁽⁹⁶⁾. Les médecins algériens sont au nombre de 10.318 à exercer en France en 2014. En se référant à cette étude, la psychiatrie est la spécialité la plus touchée en termes de taux d'émigration (40.27%), suivie par la néphrologie (24.85%), l'imagerie (24.69%), la cardiologie (18.21%) et l'anesthésie-réanimation (16.11%). En termes de nombre, les médecins généralistes affichent l'effectif le plus élevé des médecins algériens partis en France.

Pour l'Égypte. Le Syndicat général des médecins d'Égypte a noté la migration de 120 mille médecins égyptiens en 2018 sur un total de 220 mille inscrits à l'Ordre. Cette augmentation de la migration s'est accompagnée avec un accroissement de la démission des médecins du secteur public passant

de 1044 en 2016 à 3507 en 2019⁽⁹⁷⁾. Selon le rapport de l'OCDE⁽⁹²⁾, le taux d'émigration des médecins égyptiens est de 12% avec un accroissement de 44% par rapport à 2000-2001. En termes de nombre, les médecins égyptiens font partie du Top 25 des médecins étrangers exerçant dans les pays

de l'OCDE : en 2015/2016, on décompte plus de 10 mille médecins égyptiens. De plus, le taux d'émigration des médecins formés dans le pays est de 12% pour 2017/2018.

Tableau 6: Taux d'émigration des médecins exerçant dans les pays de l'OCDE en 2015/2016

Pays	Taux d'émigration des médecins nés dans le pays	Taux d'émigration des médecins formés dans le pays	Évolution du taux d'émigration par rapport à 2000/2001
Tunisie	8%	17%	+20%
Maroc	5%	17%	-15%
Égypte	12%	12%	+44%
Algérie	10%	6%	-24%

Source ⁽⁹²⁾

Pour l'Afrique Subsaharienne. L'Afrique Subsaharienne est l'une des régions les plus confrontées aux défis considérables en matière de migration des professionnels de santé. En se référant au rapport de l'OCDE⁽⁹²⁾, la majorité des pays où le taux d'émigration, pour les médecins exerçant dans les pays de l'OCDE, dépasse les 50% se trouve en Afrique (Sao Tomé et Príncipe avec un taux de 82%, Liberia 76%, Zimbabwe 64%, Gambie 60%, Malawi 58%, Somalie 57% et Sierra Leone 54%). Il est à noter que la plupart de ces pays forment relativement peu de médecins à l'exception du Zimbabwe, du Liberia et de la Sierra Leone, pour lesquels les taux d'émigration des médecins formés dans le pays et exerçant dans les pays de l'OCDE sont respectivement 32%, 26% et 21%. Selon l'OMS, environ 25% des médecins formés en Afrique Subsaharienne quittent la région chaque année. Le Nigéria

est un autre exemple de pays confronté à une migration massive de professionnels de santé. Selon un rapport de l'OMS en 2019, environ 12 000 médecins nigériens quittent le pays chaque année pour chercher de meilleures opportunités à l'étranger. Le nombre absolu d'émigrants tunisiens est plus élevé que celui du Nigéria, proportionnellement à la taille de la population. Comparativement, cette situation peut aboutir à un impact plus significatif sur le système de santé tunisien.

En se référant à l'OCDE et à la Banque Mondiale, on voit qu'au début des années 2000, la Tunisie se situe au milieu du classement des pays africains en termes de pourcentage de migration des cadres, pas uniquement des professionnels de santé (21.4%).

94. https://cndh.ma/sites/default/files/resume_rapport_sur_leffectivite_du_droit_a_la_sante_version_francaise_2.pdf

95. <https://www.rimajournal.com/derg/the-emigration-of-moroccan-doctors-to-europe20230109034133.pdf>

96. <https://journals.openedition.org/poldev/4432?lang=fr>

97. https://www.libe.ma/Fuite-en-masse-des-toubibs-magrebins_a132878.html

Tableau 7 : Taux de migration de la population hautement qualifiée dans les pays africains

Pays	OCDE	Banque Mondiale
Sénégal	28.6	17.7
Rwanda	-	26.0
Tunisie	21.4	-
Maroc	19.5	17
Algérie	18	-
Malawi	18	18.7
Afrique du Sud	10.3	-
Côte d'Ivoire	9.8	-
Nigeria	8.4	-
Égypte	4.6	4.6

Source ⁽⁹⁸⁾

Pour l'Europe. D'après le traité de l'Union Européenne (UE), un médecin européen peut exercer dans un pays membre de son choix, à titre libéral, selon les droits de libre circulation des travailleurs, de liberté d'établissement et de prestation de services (TFUE : Traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne, articles 45, 49-62). Les Directives sur les qualifications des diplômés de santé et la reconnaissance des qualifications professionnelles (2013/55/UE) facilitent la mobilité des professions de santé⁽⁹⁹⁾. **Plusieurs pays européens, tels que la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni, font face à une demande croissante de professionnels de santé surtout de médecins. Cela crée une compétition pour attirer les professionnels de santé du monde entier, y compris de la Tunisie. Ces pays européens ont mis en place des programmes de recrutement actifs pour attirer les talents surtout médicaux.** En Suisse, la plupart des infirmiers formés à l'étranger viennent de France et d'Allemagne, et leur nombre a fortement augmenté ces dernières années.

Le forum européen reconnaît que depuis 2010, la proportion d'infirmières et de médecins formés à l'étranger a augmenté plus rapidement que les professionnels formés dans leurs propres pays. Cette

mobilité accrue est la conséquence de la hausse des migrations intra-européennes Est-Ouest et Sud-Nord en particulier au sein de l'Union Européenne, selon les recherches.

Des pays de l'Europe de l'Est tels que la Roumanie et la Bulgarie ont également connu une migration significative des professionnels de santé. Selon Eurostat, entre 2008 et 2017, plus de 10 000 médecins roumains ont choisi de travailler à l'étranger. Les infirmier(e)s bulgares ont également migré en grand nombre vers d'autres pays de l'Union Européenne. Comparativement, les chiffres de migration en Tunisie sont plus faibles, mais ils reflètent néanmoins une tendance préoccupante.

La « fuite des cerveaux » atteint même les autres États membres de l'Union Européenne : près d'une personne diplômée et très qualifiée sur cinq quitte la Roumanie, la Bulgarie et la Croatie pour tenter sa chance à l'étranger.

Pour l'Amérique Latine. La migration des professionnels de santé est également un problème en Amérique Latine. Par exemple, environ 25 % des médecins formés au Pérou choisissent de travailler à l'étranger. De plus, les pays comme Cuba sont

confrontés à une perte significative de professionnels de santé en raison de programmes de coopération internationale. Bien que Cuba soit un pays en développement, il se distingue par sa stratégie de « coopération médicale ». Malgré cela, on estime qu'un nombre important de médecins cubains migrent chaque année vers des pays à revenu plus élevé. Par exemple, de nombreux médecins cubains ont été recrutés pour travailler au Venezuela, mais certains ont également choisi de quitter le pays à la recherche de meilleures conditions de travail et de rémunération.

Pour l'Asie du Sud. Des pays comme l'Inde et les Philippines sont confrontés à une migration substantielle de professionnels de santé. Selon une étude de l'OMS, environ 25 % des médecins formés en Inde émigrent vers des pays développés. De même, les Philippines sont l'un des principaux pourvoyeurs d'infirmiers et d'infirmières à l'échelle mondiale. **Comparativement, les chiffres de migration en Tunisie sont relativement plus faibles, bien qu'ils ne puissent pas être ignorés compte tenu de la taille de la population tunisienne.**

L'Inde est un important fournisseur de professionnels de santé au niveau international. Environ 47.000 médecins indiens ont émigré vers les pays de l'OCDE entre 2000 et 2013⁽¹⁰⁰⁾. En outre, un grand nombre d'infirmiers et d'infirmières indiens cherchent également des opportunités à l'étranger. Ainsi, comparativement, la Tunisie connaît une émigration moins importante de professionnels de

santé. Cela peut être attribué à la taille de la population et à l'économie relativement plus petite de la Tunisie par rapport à l'Inde. **Néanmoins, les deux pays font face à des défis similaires pour retenir leurs professionnels et fournir des soins de santé adéquats à leur population.**

Les Philippines sont réputées pour être l'un des plus grands exportateurs de professionnels de santé dans le monde. Les infirmières philippines en particulier sont très demandées à l'échelle mondiale. Comparativement à la Tunisie, les Philippines font face à une migration massive de professionnels de santé. Selon les chiffres de l'OMS, plus de 17.000 infirmières philippines ont quitté le pays en 2019 pour exercer à l'étranger. Selon le Philippine Overseas Employment Administration (POEA), près de 13.000 infirmiers ont quitté le pays, chaque année au cours de la dernière décennie, pour travailler à l'étranger. Cette migration massive est principalement due à des opportunités d'emploi meilleures et plus stables, ainsi qu'à des salaires plus élevés offerts dans les pays de destination.

En conclusion. Comparativement, bien que les chiffres de migration des professionnels de santé tunisiens soient inférieurs à ceux de nombreux autres pays, ils restent préoccupants et nécessitent une attention continue. Le phénomène de la migration des professionnels de santé est abordé en annexe dans une analyse SWOT.

100. Lancet Commission on Migration and Health. Ibrahim Abubakar, Delan Devakumar, Nyovani Madise, Peter Sammonds, Nora Groce, Cathy Zimmerman, et al. September 17, 2016 DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31581-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31581-1)

PARTIE 2 : La migration des professionnels de santé : quelles sont les raisons ? quels impacts ?

I. RAISONS MULTIFACTORIELLES DE LA MIGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les théories de la migration. La migration a fait l'objet de plusieurs travaux de recherches théoriques et empiriques en abordant les principales raisons ainsi que les effets⁽¹⁰¹⁾. Selon l'approche micro-individuelle, la décision de la migration est une décision personnelle à la suite de l'évaluation des coûts et des bénéfices de ce choix potentiel. Elle s'inscrit donc dans une décision rationnelle afin de maximiser son « utilité ». **En effet, le différentiel de salaires provoque le déplacement⁽¹⁰²⁾ de travailleurs du pays à bas salaires vers le pays à hauts salaires.**

Certes, la décision de la migration est liée à des facteurs économiques mais la propension à migrer est affectée par le cycle de vie⁽¹⁰³⁾ ou encore par le parcours de vie de la personne. En effet, les personnes en début de carrière et sans charge familiale sont plus mobiles, ainsi que les familles qui ont une plus forte propension à migrer avant la scolarisation de leurs enfants.

De plus, les caractéristiques du capital humain jouent un rôle important dans la migration. Ainsi, une personne hautement qualifiée a plus de propension à migrer, et certaines formations (exemple en ingénierat ou en médecine) sont plus transférables à l'étranger que d'autres spécialités. En outre, l'existence de réseaux sociaux et familiaux facilite la migration et l'adaptation pendant la première période dans le pays de destination.

Sjaastad (1962) : La migration est un investissement qui augmente la productivité des ressources humaines. Cet investissement comporte des coûts (monétaires et non monétaires) mais apporte des bénéfices.
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/epdf/10.1086/258726>

Théorie Push and Pull de Lee (1966) : La migration est le résultat d'un calcul individuel fondé sur les facteurs d'attraction (lieu de destination) et les facteurs de répulsion (lieu d'origine), ainsi que des obstacles intermédiaires et des facteurs personnels.
<https://www.jstor.org/stable/2060063>

Mabogunje (1970) : La migration n'est pas un mouvement linéaire et unidirectionnel mais un phénomène circulaire imbriqué dans un système de variables interdépendantes. En effet, les différents éléments de l'environnement (économique, technologique, social, politique) ainsi que les réseaux sociaux et familiaux affectent les mouvements migratoires.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1538-4632.1970.tb00140.x>

Stark et Taylor (1989) : La migration est une décision prise au niveau des ménages ou de famille visant non seulement à maximiser leur revenu mais également à diversifier les risques.
<https://www.jstor.org/stable/2061490>

Box 2: Exemples de théories sur la migration

Ainsi, le choix de la migration est la combinaison de plusieurs facteurs comme le synthétisent les figures ci-dessous.

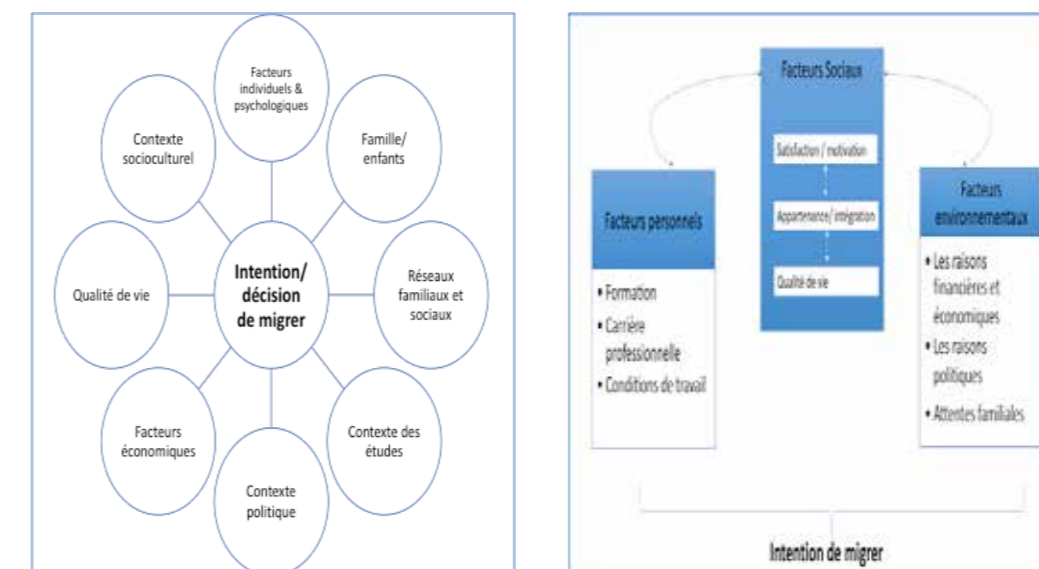


Figure 21 : Facteurs influents la migration.
Source : Piguët, 2013 et Poudel et al., 2018

La migration des professionnels de santé et la migration des compétences hautement qualifiées. Selon l'étude sur la migration des Tunisiens hautement qualifiés, il y a des facteurs communs à tous les émigrés qui sont liés aux conditions économiques et politiques de la Tunisie, les salaires et les conditions de travail,

ainsi que les facteurs d'attraction dans les pays d'accueil. D'autres facteurs sont spécifiques à la migration des compétences hautement qualifiées, à savoir la satisfaction des ambitions dans le domaine de la recherche ainsi que dans le domaine professionnel (avancement de carrière) ou la recherche d'un autre mode de vie.

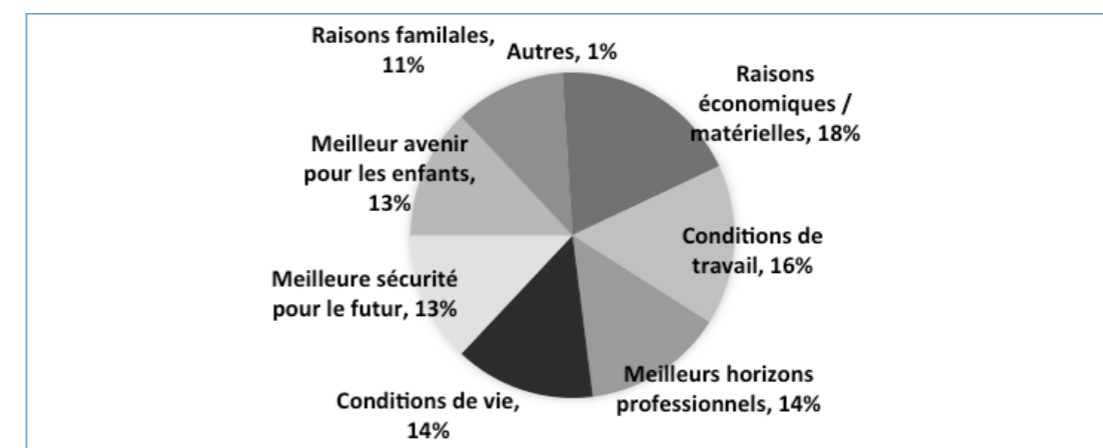


Figure 22 : Hiérarchisation des raisons
Source : Étude sur la migration des Tunisiens hautement qualifiés – ONM

101. Exemple : Piché, 2013 <https://www.cairn.info/revue-population-2013-1-page-153.htm?ref=doi#:~:text=Il%20suggère%20trois%20paramètres%20comme,savoir%20le%20changement%20de%20résidence.>

102. <https://www.erudit.org/fr/livres/actes-des-colloques-de-l'association-internationale-des-demographes-de-langue-francaise/demographie-cultures-actes-colloque-quebec-2008/001490co.pdf>

103. <https://journals.openedition.org/remi/6571>

La croissance économique : un facteur à double sens. La situation économique est considérée comme étant un facteur essentiel de la répulsion (push) pour les pays d'origine et un facteur d'attraction (pull) pour les pays destinataires.

Certes les pays d'origine (en particulier les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur) ont un besoin important en professionnels de santé mais ceci n'est pas traduit par une demande économique (capacité d'employabilité). En revanche, lorsque la demande économique est supérieure au besoin réel, le manque en nombre des professionnels de santé serait comblé par les migrants. En général, plus le Produit Intérieur Brut (PIB) est bas, plus les ressources mobilisées pour les différents secteurs, y compris la santé, sont limitées. Avec un

budget alloué à la santé faible et limité, le recrutement et l'incitation financière des professionnels de santé sont réduits, ainsi que les dépenses pour améliorer les conditions de travail (infrastructure, équipement, etc.).

Selon un rapport de l'OMS⁽¹⁰⁴⁾ (1979), il existe une relation entre le PIB par habitant et la couverture médicale mesurée par la densité des médecins par 10 mille habitants, et ceci peut expliquer le choix de la migration. En analysant la figure ci-dessous, les pays situés en dessous de la ligne de régression linéaire, connaissent une propension à l'émigration des médecins, tandis que les pays situés au-dessus de cette ligne attirent plus les médecins.

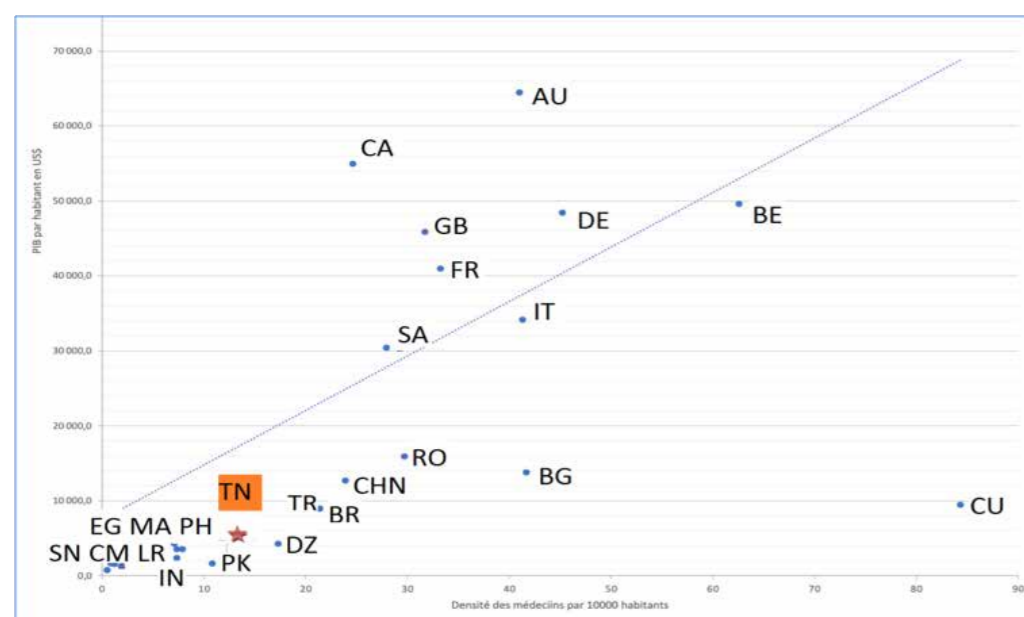


Figure 23: Couverture par médecins et croissance économique-

Liste des pays par ordre alphabétique : Algérie (DZ), Allemagne (DE), Arabie Saoudite (SA), Australie (AU), Belgique (BE), Brésil (BR), Bulgarie (BG), Cameroun (CM), Canada (CA), Chine (CHN), Cuba (CU), Égypte (EG), États-Unis (US), France (FR), Inde (IN), Italie (IE), Libéria (LR), Maroc (MA), Philippines (PH), Qatar (QA), Roumanie (RO), Royaume-Uni (GB), Sénégal (SN), Suisse (CH), Tunisie (TN) et Turquie (TR).

Source : Calcul des auteurs⁽¹⁰⁵⁾

La pénurie des professionnels de santé crée une demande intensive pour la migration. L'offre des services de santé dans un pays est affectée par le nombre des entrants (nouveaux diplômés) et des sortants de la profession par retraite et décès ou encore changement de carrière. Sur le marché du travail des professionnels de santé, une forte demande est liée à la pénurie de ces professionnels et la migration constitue un des moyens pour répondre à ces besoins.

Selon le rapport de l'OMS⁽¹⁰⁶⁾ (2022), tous les pays de la région européenne de l'OMS sont confrontés à plusieurs défis dont le vieillissement des professionnels de santé (40 % des médecins dans 13 pays sont âgés de 55 ans et plus) et les contraintes de formation dans certains pays (exemple du numerus clausus en France⁽¹⁰⁷⁾).

Pour atteindre la couverture santé universelle (CSU), l'OMS⁽¹⁰⁸⁾ recommande une densité de professionnels de santé de 44.5⁽¹⁰⁹⁾ pour 10 mille habitants, ce qui se traduit par une demande au niveau mondial, en 2030, de 13 millions de médecins, 32 millions d'infirmiers et sage-femmes et 21 millions d'autres professionnels de santé. Par ailleurs, l'OMS⁽¹⁰⁶⁾ estime qu'il y aura un déficit projeté de 14 millions de professionnels de santé d'ici 2030, principalement dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire inférieur. Face à cette situation, la tendance migratoire aggraverait la disponibilité des professionnels de santé et entraverait l'accessibilité aux services de santé. Il ne faut pas oublier que la crise des ressources humaines dans le secteur de la santé affecte beaucoup plus les pays en développement que ceux développés.

Tableau 8 : Manque de professionnels à l'horizon 2030

Groupe de pays	Besoin/Manque en professionnels de santé en 2030	
Par revenu selon la classification de la Banque Mondiale	Supérieur	76.031
	Intermédiaire supérieur	1.812.291
	Intermédiaire inférieur	6.573.983
	Inférieur	6.068.692
Région OMS	Afrique	6.092.361
	Amériques	640.258
	Asie et Sud Est	4.691.521
	Europe	57.749
	Méditerranée Orientale	1.691.885
	Pacifique Occidentale	1.357.221
Total		14.530.996

Source ⁽¹⁰⁵⁾

L'attractivité des pays d'accueil. De nombreux pays de l'OCDE ont mis en œuvre des mesures politiques supplémentaires, particulièrement pendant la pandémie de la COVID-19, pour faciliter l'entrée de médecins étrangers, ce qui a sans doute facilité la tendance migratoire à la hausse constatée par la plupart des études. Par une politique de recrutement active de migrants qualifiés, les pays d'accueil facilitent les mesures et les procédures de reconnaissance des diplômés et de délivrance des visas, instaurant des systèmes de quotas, et utilisant des agences de recrutement aux pratiques parfois peu

éthiques. A titre d'exemple, en France, un projet de loi⁽¹¹⁰⁾ est en cours d'examen pour faciliter la migration des professionnels de santé à travers la création de cartes de séjour pluriannuelles et un allègement des conditions d'exercice. Au Canada, des demandes de résidence permanente sont offertes pour des candidats issus de domaines particuliers dont les⁽¹¹¹⁾ « travailleurs de la santé, y compris les médecins, les infirmiers, les dentistes, les physiothérapeutes et les optométristes ».

Les opportunités de carrière, de formation et de

106. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/362379>

107. En 2021, Le numerus clausus a été remplacé par le numerus apertus. Il s'agit d'un système d'admission ouvert qui permet à tous les étudiants remplissant les critères d'entrée de s'inscrire en faculté de médecine. En deuxième année, un nombre minimum d'étudiants est admis, qui est fixé par chaque université en fonction de ses capacités d'accueil. <https://www.whatsupdoc-lemag.fr/article/numerus-apertus-2021-2025-cinq-ans-et-plus-de-cinquante-mille-etudiants>

108. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

109. Selon d'autres estimations, la densité serait de 91.3 pour 10 mille habitants. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673622005323?via%3Dihub>

110. <https://www.senat.fr/rap/12-433/12-4339.html>

111. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/nouvelles/2023/06/le-canada-annonce-un-nouveau-volet-dimmigration-pour-les-travailleurs-de-la-sante.html>

recherche ...pour attirer les professionnels de santé. Face à une médecine de plus en plus spécialisée et de pointe, les professionnels de santé cherchent à migrer pour bénéficier d'une formation plus approfondie dans leur domaine d'intérêt et d'intégrer des projets de recherche.

De plus, l'accès à des ressources et à des équipements de pointe ainsi qu'un environnement favorable à la recherche en termes d'infrastructures constituent des raisons pour la migration. Ces facteurs représentent plus de 81.3% des réponses dans les différentes études⁽¹¹²⁾ entre 1970 et 2022. A titre d'exemple⁽¹¹³⁾, la nécessité d'acquérir de l'expérience et de mettre à niveau les qualifications représentent respectivement 86% des réponses des professionnels de santé ghanéens émigrés et 38% des Ougandais, tandis que 28.6% des Camerounais migrent pour acquérir de l'expérience.

Les incitations financières entre les pays d'origine et d'accueil ... moteur de la migration. Il s'agit de la première raison qui ressort dans les différentes études (83.2%)⁽¹¹⁰⁾. En effet, les professionnels de santé ougandais émigrés, par exemple, ont mentionné le désir d'une meilleure rémunération comme étant le facteur prédominant (72%) et plus de la moitié (55%) des professionnels de santé zimbabwéens ont émigré pour des raisons économiques⁽¹¹³⁾.

Les conditions de travail et de vie... migrer pour satisfaire les besoins du bien-être. A partir du début des années 2000 jusqu'en 2022, de nouveaux facteurs tels qu'une meilleure qualité de vie, les conditions de travail, bonnes ou mauvaises, influencent⁽¹¹⁰⁾ la décision de migration. La lourdeur de la charge de travail, l'absence de moyens d'exercice et les conditions de vie sont des facteurs d'impulsion.

A ce titre, le déclin des services de santé et le manque d'infrastructures et des équipements représentent respectivement 53 et 38% des raisons citées par les professionnels de santé zimbabwéens émigrés. Les mauvaises conditions de vie repré-

sentent un des facteurs qui a poussé à la migration des professionnels de santé ghanéens (71%)⁽¹¹³⁾.

Les crises politiques, économiques et sociales... poussent à la migration. Pour certains pays, le déclin/récession économique ou encore le désespoir envers l'avenir constituent des raisons qui entraînent la migration des professionnels de santé ghanéens⁽¹¹³⁾ (71 et 86% des réponses respectives). En Ira⁽¹¹⁴⁾, le nombre des médecins ayant quitté le pays pour travailler ailleurs a atteint son apogée en 2006. Après 2006, le nombre a diminué mais reste nettement plus élevé qu'avant 2003 (guerre d'Iraq). La sécurité est le principal motif de départ pour ces médecins (75.5%), suivi par les liens familiaux (14.1%), la formation (6.4%), et finalement les raisons financières (3.8%).

Des facteurs facilitateurs de la migration. La maîtrise de la langue du pays destinataire est un autre facteur déterminant facilitant l'intégration professionnelle et sociale. C'est le cas pour les médecins roumains⁽¹¹⁵⁾ qui ont émigré en France. Il en est de même de la disposition d'un réseau familial et/ou amical.

Les raisons macro liées à la situation politique, économique et sociale sont citées par les différents professionnels qui ont l'intention de migrer. Ainsi, 45% des Zimbabwéens ne voient pas d'avenir dans leur pays. La recherche d'un environnement plus sûr pour les enfants est une raison significative pour les médecins sud-africains. En effet, la violence et la criminalité sont considérées comme une des raisons de migration pour 38% des répondants⁽¹¹³⁾. Tandis qu'au Pakistan⁽¹¹⁵⁾, le terrorisme constitue la raison des 40% des médecins qui souhaitent émigrer.

Une similitude entre les raisons de l'intention de migrer des professionnels de santé et la migration effective. Les intentions de migration sont souvent analysées pour déterminer à la fois l'éventuelle ampleur de la future migration mais aussi les facteurs sur lesquels des actions peuvent être entreprises.

En se référant à l'étude comparative dans six pays africains⁽¹¹³⁾, au Cameroun, par exemple, environ 85% souhaitent émigrer pour poursuivre leur formation. Pour l'Afrique du Sud, moins de la moitié (43%) des répondants ont déclaré qu'ils souhaitent émigrer pour acquérir plus d'expérience, avec une disparité selon la profession (les sage-femmes sont les moins concernées par cette raison contrairement aux pharmaciens). Les étudiants marocains⁽¹¹⁶⁾ en médecine sont attirés par la migration en raison d'une meilleure formation (97.6%). Au Pakistan⁽¹¹⁷⁾, le désir de migrer à la recherche d'une meilleure qualité de formation représente 69.2% des réponses des médecins. Dans les pays développés, les opportunités de carrières constituent la raison principale de l'intention de migration. Par exemple, en Irlande⁽¹¹⁸⁾, 84% des répondants ont invoqué cette raison pour expliquer leur désir de migrer. Une enquête menée auprès des étudiants en médecine croates⁽¹¹⁹⁾ de dernière année a révélé que les répondants étaient plus enclins à migrer pour avoir des opportunités d'exceller professionnellement et acquérir de nouvelles expériences que pour la prospérité financière.

Les raisons économiques en rapport avec de meilleures rémunérations sont mentionnées par 80% des professionnels de santé camerounais qui ont l'intention de migrer, 72% des Ougandais et 55% des Zimbabwéens⁽¹¹³⁾. La majorité⁽¹¹⁴⁾ (97%) des étudiants marocains en médecine n'est pas satisfaite par leur salaire, ce qui les incite à migrer. L'amélioration des salaires constitue le facteur le plus attractif pour les médecins pakistanais⁽¹¹⁵⁾ (76.4%). Il est à noter que l'impact des incitations financières varie d'un pays à un autre. En comparaison avec d'autres pays de destination, comme les pays du Golfe, l'Allemagne semble avoir un pouvoir financier moins attractif parmi les médecins et les

étudiants en médecine en Égypte⁽¹²⁰⁾. Environ 50% des professionnels de santé camerounais et 45% des Zimbabwéens envisagent de migrer en raison des mauvaises conditions de travail et des manques de ressources du système de santé (infrastructures, équipements, médicaments, etc.). Cette raison est citée par 38% des professionnels de santé sud-africains qui envisagent de migrer, en particulier pour les personnes âgées de 20-29 ans⁽¹¹³⁾. Au Maroc, la recherche de meilleures conditions de travail constitue une raison importante (99%) pour l'intention à la migration ; de plus, le dénigrement du médecin dans les médias les pousse à migrer (83.6%)⁽¹¹⁰⁾. La non-satisfaction en milieu professionnel pour les médecins pakistanais⁽¹¹⁵⁾ est mentionnée par 59.9% des répondants. En outre, la violence contre les médecins et les étudiants en médecine égyptiens⁽¹²¹⁾ et le sentiment d'insécurité sur le lieu de travail constituent une motivation du désir d'émigrer.

En conclusion, les facteurs influençant la décision ou l'intention de migration diffèrent d'un pays à un autre. Toutefois, on peut les classer en trois groupes de niveau macro, méso et micro en se basant sur le modèle de Young⁽¹²²⁾ (2010), tel que représenté dans le Tableau 8 ci-dessous.

En se référant à la pyramide de Maslow⁽¹²³⁾, ces facteurs répondent au besoin de sécurité personnelle (niveau 2), l'acceptation sociale (niveau 3), le besoin d'améliorer les opportunités éducatives et professionnelles et l'estime de soi (niveau 4), ainsi que le besoin d'amélioration continue (niveau 5). Le besoin physiologique de base en nourriture et logement (niveau 1) est satisfait pour les professionnels dans leurs pays d'origine.

112. <https://gh.bmj.com/content/8/5/e012338>

113. https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/hrt%20migration_en.pdf

114. https://www.jstor.org/stable/pdf/45131937.pdf?refseqid=excelsior%3A563bbe736e3afce-14c312683a557dff&ab_segments=&origin=&initiator=&acceptTC=1

115. <https://journals.openedition.org/noroi/4203?lang=en>

115. <https://journals.openedition.org/noroi/4203?lang=en>

116. https://academic.oup.com/eurpub/article/31/Supplement_3/ckab165.448/6405139

117. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3542032/>

118. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-015-0003-9>

119. <https://academic.oup.com/pmj/article/91/1076/315/6993929>

120. <https://core.ac.uk/download/pdf/199413341.pdf>

121. https://www.researchgate.net/publication/356705344_The_brain_drain_why_medical_students_and_young_physicians_want_to_leave_Egypt

Tableau 9 : Les raisons de la migration des professionnels de santé

Domaines	Facteurs
Niveau Macro : facteurs nationaux	
Système de santé	Revenu insuffisant, saturation du marché, barrières à l'entrée, etc.
Économique	Mauvaise situation économique, dévaluation de la monnaie nationale, inflation, etc.
Politique	Insécurité, instabilité politique, terrorisme, liberté d'expression limitée, niveau élevé de corruption, absence de méritocratie, application de l'ordre public limitée, etc.
Social	Inégalité de genre, discrimination, faible qualité des services sociaux, pression sociale, conflits, etc.
Niveau Méso : facteurs professionnels	
Formation et opportunités professionnelles	Des opportunités limitées de formation et de recherche, concurrence déloyale, programme pédagogique obsolète, avancement de carrière limité, accès limité à la technologie de pointe, manque d'utilisation optimale des connaissances, etc.
Conditions de travail	Mauvais environnement de travail, infrastructures vétustes, pénurie de professionnels de santé, charge de travail importante, disponibilité insuffisante des équipements, stress, violences subies par les professionnels de santé, etc.
Niveau Micro : facteurs personnels	
Épanouissement personnel	Meilleure qualité de vie, gains financiers, bien être, désir de s'installer à l'étranger, etc.
Préoccupations familiales	Meilleur avenir, meilleure éducation des enfants, décision du partenaire ou de la famille, réseau familial ou amical vivant à l'étranger, etc.

II. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE LA MIGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN TUNISIE

II.1. Les raisons des migrants actuels

Pour mieux comprendre les motivations des professionnels en exercice, un questionnaire est adressé aux personnes ayant fait l'expérience et un focus groupe regroupant des médecins en fonction.

II.1.1. Un questionnaire auprès des médecins tunisiens émigrés

Sur une période de deux mois, un questionnaire sous forme d'un Google Form a été partagé avec 225 professionnels de santé tunisiens.

Le questionnaire comportait une appréciation des 10 causes qui peuvent influencer la décision de migrer pour un professionnel de santé. Un classement par ordre décroissant a été demandé.

Sur les 225 personnes interrogées, seules 75 ont répondu. Parmi les répondants, plusieurs n'ont pas saisi la consigne et pensaient que c'était une échelle Likert ou ont répondu par «oui» ou «non». Au total, 38 fiches ont été étudiées regroupant 43 cas.

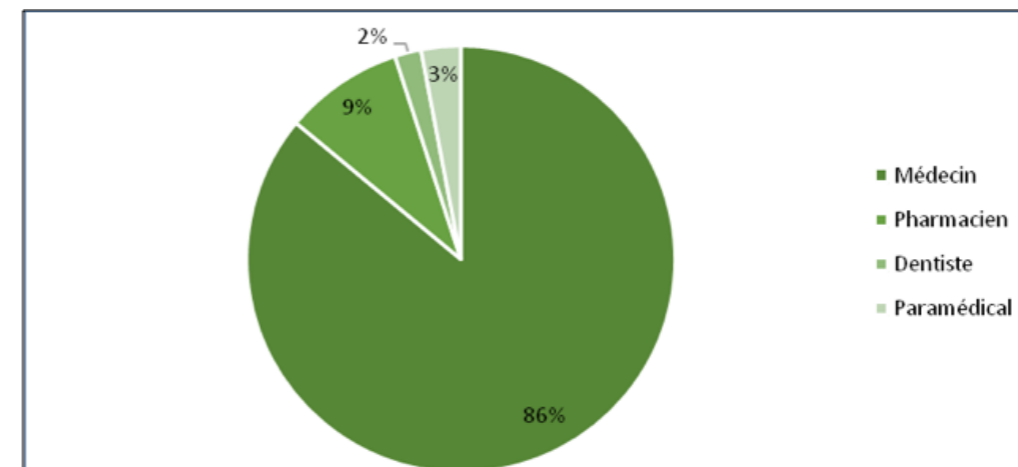


Figure 24: Distribution des répondants au questionnaire

Ordre d'importance	Salaires plus élevés	Perspectives de carrière plus prometteuses	Possibilité de travailler dans des institutions de renommée mondiale	Formation et développement de compétence	Conditions de travail	Qualité de vie	Raisons personnelles (recherche d'un meilleur environnement pour élever des enfants ou volonté de vivre)	Regroupement familial	Instabilité économique, sociale et politique en	Désir de voyager
1 (plus important)										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10 (moins important)										

Figure 25 : Fréquence des raisons de la migration
Lecture de la figure : Plus la couleur est sombre plus la fréquence est élevée

II.1.2. Le focus groupe

En parallèle, un focus groupe a été créé avec dix médecins dont cinq femmes et cinq hommes. Il y a une grande réticence à répondre, pour des raisons personnelles, puisqu'un seul homme et quatre femmes ont bien voulu répondre.

En reprenant les termes des personnes interrogées (verbatim), on note : « monotonie dans le travail du secteur privé », « manque de pers-

pectives », « impossibilité d'exercer la médecine selon nos principes ».

Il apparaît que pour les jeunes médecins de famille, « Il n'y avait aucune perspective dans le pays », « Réellement j'ai vu mes limites de concessions épuisées. Ces limites diffèrent certainement d'une personne à l'autre. Dans mon cas, la Tunisie, société et État, ne m'a vraiment pas aidé à les développer et aller au-delà. A chaque tentative je me suis vue sanctionnée, si ce n'est pas par la société qui se

veut émancipée mais qui est au fond primitive, ce sera par les lois tordues qui ne s'appliquent pas de façon transparente à tous les citoyens, l'arrogance dans les attitudes et le manque d'autoréflexion. Je vous épargne les détails personnels de contraintes bureaucratiques, financières, de manque de flexibilité entre collègues et l'arrogance des supérieurs. Ceci existe à mon avis universellement, sauf qu'ailleurs (Allemagne) il y a un système qui fonctionne qui te protège et qui, en même temps, te sanctionne. Donc ici le modèle opérant s'est sanctionné lui-même pour moi et a fait surgir un conflit d'estime de soi ».

Pour les spécialistes, les raisons invoquées sont « les opportunités en matière de recherche à l'étranger sinon aussi les conditions de travail, le salaire, la disponibilité de plus d'outils thérapeutiques (plusieurs molécules n'étant pas disponibles en Tunisie par exemple) ».

D'autres, moins jeunes, rapportent : « Maintenant, je vois, autour de moi, des jeunes partir dont mon neveu, sitôt son résidanat terminé. Et crois-moi, ce n'est pas pour le désir de voyager ! Ces jeunes sont angoissés, terrorisés par l'absence de perspectives claires contrairement à nos générations pour lesquelles la voie était toute tracée ! Il y a surtout ce sentiment terrible d'impuissance et d'inutilité. Nous, nous étions aimés par le pouvoir, par nos aînés, gâtés, sollicités, bichonnés, recherchés ! Aujourd'hui, on se sent seul, abandonné ! On ne peut plus compter sur son seul mérite et c'est catastrophique ».

Ce sont des pensées en vrac pour traduire le fait que le problème est beaucoup plus profond et plus complexe qu'un simple « désir de voyager » et que la solution, hélas, « n'est pas dans le seul partenariat avec l'Europe ».

II.1.3. Discussion des résultats

Les deux méthodes utilisées semblent complémentaires et mettent l'accent sur les détermi-

nants de la migration des professionnels de santé. Les réponses à l'enquête sont très hétérogènes, mais il ressort que les motifs les plus importants sont les conditions de travail, la formation et le développement personnel. Il est à signaler que le motif le moins important était le désir de voyager. Les autres motifs sont proches en termes de fréquences.

Les résultats du focus groupe confirment ceux avancés dans l'enquête en mettant l'accent sur les conditions de travail et le développement personnel, autant de perspectives que devraient atteindre des personnes hautement qualifiées que sont les médecins. Par ailleurs les déterminants sociaux et de contexte sont importants dans la décision de la migration. Il s'agit de l'influence de l'instabilité économique, de la possibilité de travailler dans des institutions de renommée internationale et la qualité de vie. Toutes ces raisons ont été invoquées par les jeunes étudiants dans leurs évocations des perspectives de migration et sont donc en harmonie avec les professionnels en exercice, qu'ils aient vécu ou pas une expérience de migration.

Une étude menée par l'Association des médecins tunisiens dans le monde sur un échantillon de 393 médecins émigrés, a évoqué les raisons de la migration : les conditions de travail constituent la principale cause (75.8%), suivie par la rémunération inadéquate (70%), ainsi que l'insécurité sur le milieu de travail (62.3%). La situation sociopolitique pousse 50.1% des répondants à migrer.

Par ailleurs, plus de 50% des médecins émigrés envisageraient un retour en Tunisie à certaines conditions, notamment si la loi tunisienne leur accordait le droit de travailler en temps partagé avec l'étranger.

Des raisons similaires pour les infirmiers et les sage-femmes... avec une spécificité. Selon les résultats de l'enquête réalisée par l'Institut des métiers de santé (IMS) et présentée lors du salon des

métiers de santé en juin 2023, les raisons évoquées par les infirmiers et les sage-femmes sont similaires à celles des médecins à savoir la situation générale du pays, la rémunération, les perspectives de car-

rière, la charge de travail et les conditions de travail. Toutefois, le « manque de reconnaissance /valorisation du métier paramédical en Tunisie » constitue une raison importante pour leur migration.

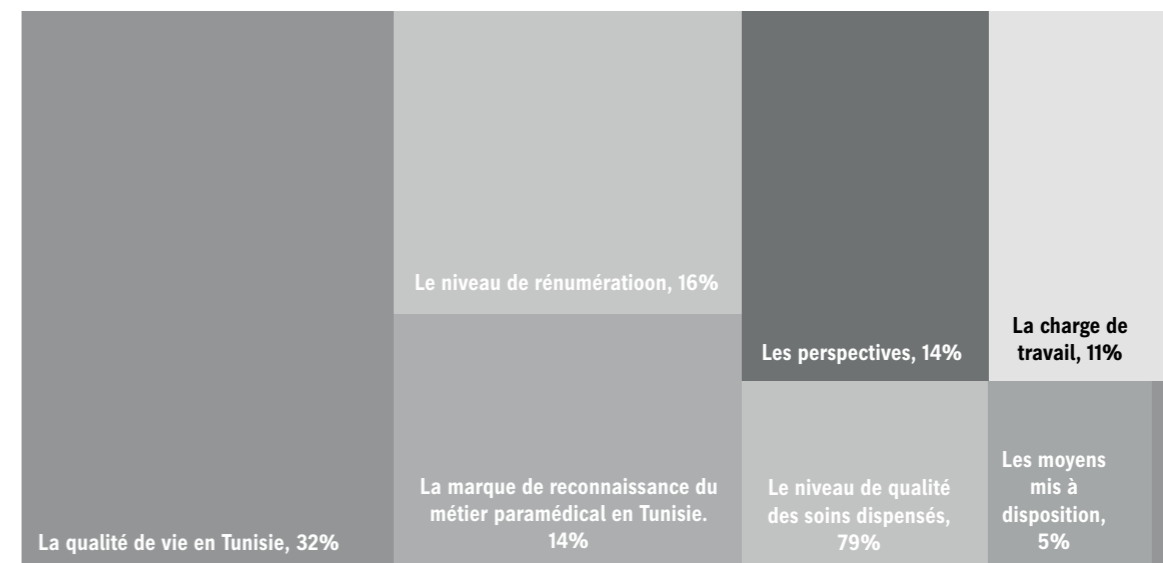


Figure 26 : Raisons de départ des infirmiers et des sage-femmes
Source : IMS-juin 2023

II.2. Les raisons potentielles de la migration

Des travaux de recherche sur les intentions de migration des résidents en médecine. Une première étude⁽¹²⁴⁾ a été publiée en 2020, portant sur les intentions de migration des résidents en médecine de famille. Une deuxième étude⁽¹²⁵⁾ est en cours de finalisation portant sur les résidents dans les autres spécialités, en dehors de la médecine de famille.

L'intention de migrer ... fortement exprimée chez tous les résidents. De ces deux travaux de recherche, il ressort que plus de deux tiers (69%) des résidents en médecine de famille souhaitent partir, et la majorité d'entre eux (71%) ont entamé les procédures nécessaires. Pour les autres spécialités, le taux de désir de migration oscille entre 82 et 11% selon la spécialité : pour 19 spécialités, en plus de la spécialité médecine de famille, le taux de l'intention de migration dépasse les 50% des répondants.

124. Thèse de Doctorat de Ibrahim Ben Slama : les intentions d'émigration des jeunes médecins de famille- Etat des lieux et motifs. Elle est présentée en 2020. Un questionnaire Delphi a été élaboré. Cette thèse a ciblé 359 résidents en médecine de famille inscrits avant juillet 2019 à la faculté de médecine de Tunis.

125. Thèse en cours de Khaoula Boughizene. Il s'agit d'une enquête transversale menée auprès des jeunes médecins en formation spécialisée (résidents) lors du processus du choix de stage en juin 2023. Un questionnaire Delphi a été élaboré. Cette thèse en cours a ciblé 2799 jeunes médecins inscrits dans les 4 facultés de médecine, en dehors des résidents qui sont en stage à l'étranger, en cours d'habilitation, ainsi que les spécialistes en médecine de famille.

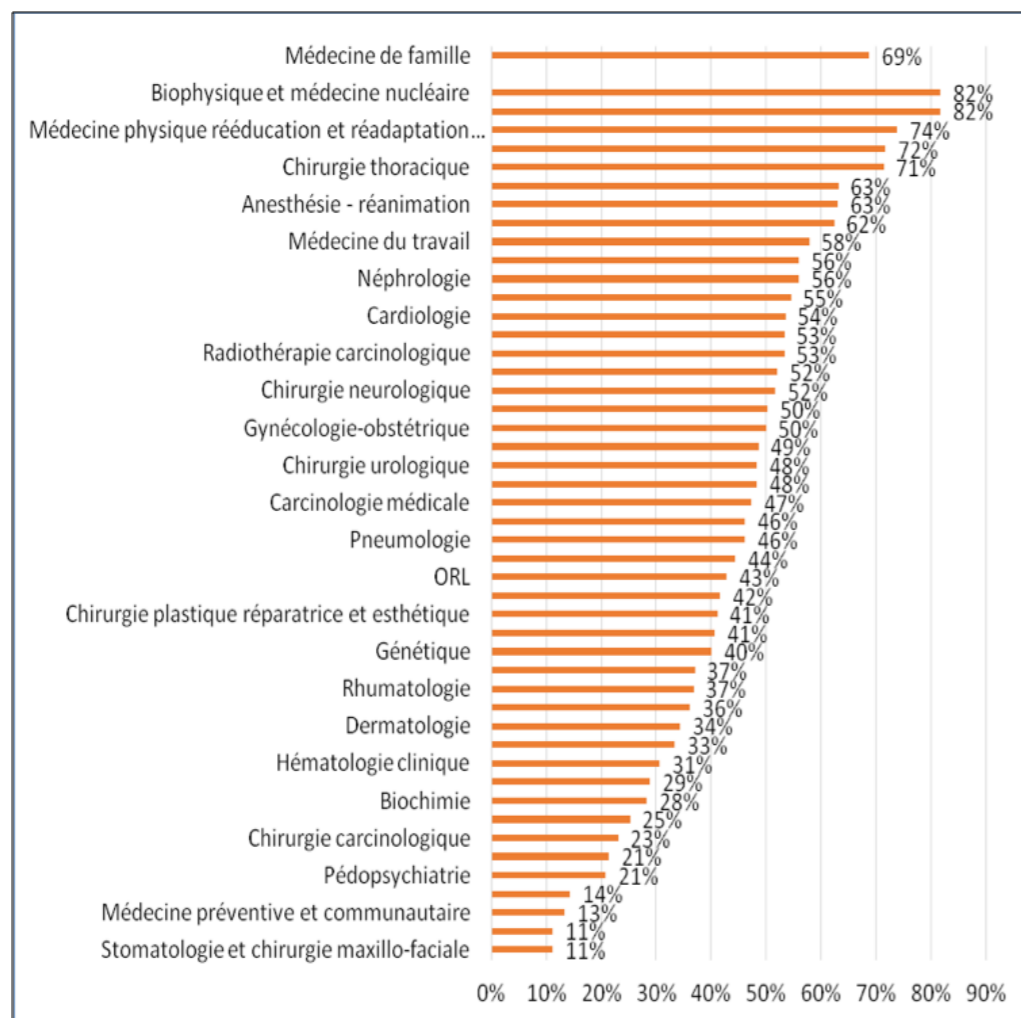


Figure 27 : Intention de migration des résidents en médecine par spécialités

L'intention de migrer ... légèrement prononcée chez les hommes. Pour les résidents en médecine de famille, il n'y a pas de différence significative entre les résidents homme et femme pour leur intention de migrer. Tandis qu'elle est plus significative pour les autres spécialités avec des taux de souhait de migration de 53% pour les hommes contre 46% pour les femmes.

Les spécialités les plus convoitées pour la migration. En combinant les deux travaux de thèse, on retrouve une similitude attendue avec les résultats du concours de l'EVC (Figure 19). En effet, la médecine de famille représente la spécialité la plus concernée par la migration, suivie par 13 spécialités qui forment plus de 70% des répondants qui souhaitent migrer. Par ailleurs, ces spécialités sont les plus concernées par les disparités régionales comme démontré dans le Tableau 1.

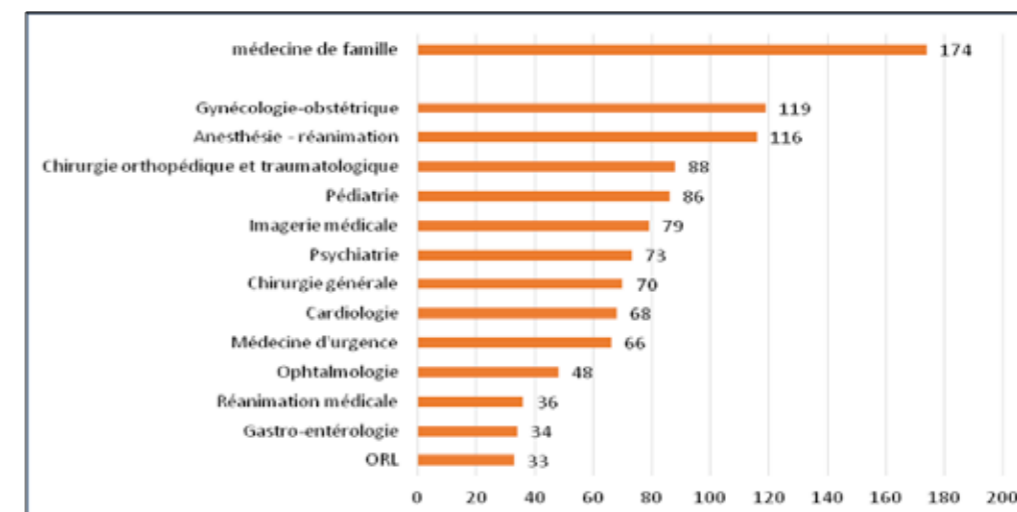


Figure 28 : Nombre des résidents ayant l'intention de migrer par spécialités

L'Europe ... la première destination désirée pour la migration. Selon l'étude de Ben Slama⁽¹²²⁾, l'intention des résidents en médecine de famille est de migrer vers l'Allemagne qui reste la destination privilégiée devant la France (57 et 25% des répondants), en raison de la possibilité d'exercer une spécialité. Pour les autres spécialités, la France est la destination de prédilection avec 63% de réponse, suivie par les pays du Golfe (17%), l'Allemagne (11%) et l'Amérique du Nord (9%).

aspects pratiques de l'exercice de la médecine de famille, malgré des réponses insatisfaites liées à ce volet. En effet, plus de 77% des résidents en médecine de famille qui souhaitent émigrer ne sont pas satisfaits de la réforme des études médicales. **Les perspectives professionnelles constituent un facteur déterminant et significatif pour l'intention de la migration des résidents en médecine de famille, ainsi que l'existence d'opportunités de travail à l'étranger (Tableau 9).**

Vouloir migrer... Pour une satisfaction professionnelle. Contrairement aux résultats retrouvés dans d'autres pays, il n'existe pas d'association significative entre l'intention de migrer et le niveau de satisfaction des facteurs liés à la formation ni aux

Pour les autres spécialités médicales, les résidents expriment le désir de migrer pour des raisons professionnelles à raison de 22% des répondants, comme le montre la figure 29 ci-dessous, avec une significativité pour les insatisfaits de la formation.

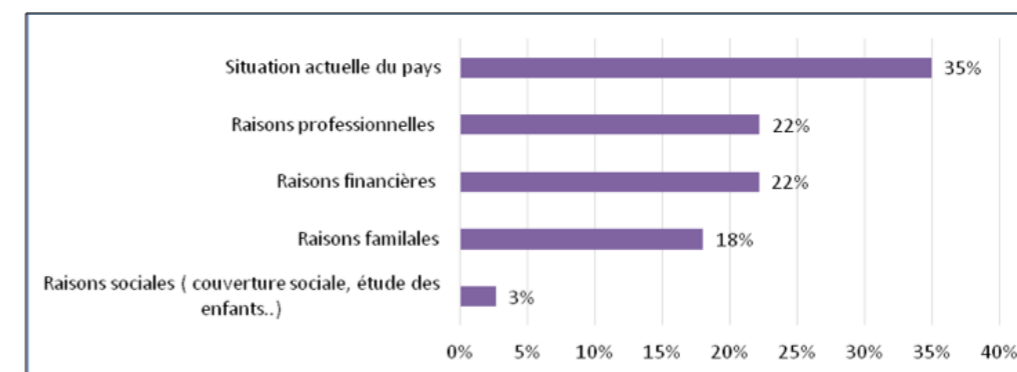


Figure 29: Facteurs pour l'intention de migration des résidents pour les différentes spécialités.

Source : Thèse en cours⁽¹²⁵⁾

Le salaire... au cœur de l'intention de la migration. L'insatisfaction vis-à-vis du niveau des salaires reçus semble la raison la plus significative pour les résidents en médecine de famille qui les encourage à émigrer. En effet, 54% de ces répondants ayant l'intention d'émigrer sont insatisfaits de leur salaire et ceci est statistiquement significatif (Tableau 9). Les raisons financières représentent 22% des répondants des autres spécialités (Figure 29)

La qualité des services de santé prodigués... l'effet miroir des conditions de travail. Les résidents en médecine de famille expriment leur insatisfaction des conditions de travail en particulier: le manque de sécurité (69%), l'indisponibilité des moyens (46%), l'insuffisance de la formation continue (40%) et l'importante charge de travail (37%), Toutefois, ces différents facteurs ne sont pas déterminants pour leur intention d'émigration. Malgré le faible taux d'insatisfaction de la qualité des services prodigués (prestation des services qui est le résultat des conditions de travail), ceci joue un rôle significatif dans le désir de migration (Tableau 9).

La qualité de vie, en particulier des enfants... déterminante pour l'intention de migration. Les perspectives pour les enfants et leur éducation sont les facteurs personnels les plus significatifs et encourageant les résidents en médecine de famille à vouloir émigrer (Tableau 9). Les raisons familiales et sociales représentent respectivement 18 et 3% des répondants ayant l'intention d'émigrer pour les autres spécialités (Figure 29).

La situation actuelle en Tunisie... principal facteur pour l'intention de la migration des résidents. Les résidents en médecine de famille ayant le désir de migrer sont insatisfaits de la situation actuelle du pays avec un taux de réponse de 69% et ceci est déterminant pour les pousser à migrer (Tableau 9). Pour les autres spécialités, il s'agit de la première raison expliquant l'intention de la migration pour les résidents des autres spécialités avec 35% des répondants (Figure 29).

La langue et les réseaux sociaux... facilitateurs pour l'émigration. La maîtrise d'une langue étrangère est un facteur déterminant pour les résidents en médecine de famille ayant l'intention de migrer. Ceci est encourageant pour 5% de ces répondants mais peut être considéré comme très décourageant pour 12% des répondants. Dans ce cadre, la plupart de ceux qui étudient⁽¹²⁶⁾ la langue allemande dans le centre culturel allemand à Tunis appartiennent au corps médical.

En outre, disposer d'un compagnon à l'étranger joue un rôle significatif dans le désir de migrer. De plus, la qualité d'adaptation à un niveau social est un facteur encourageant pour 18% de ces répondants.

II.3. Et ceux qui ne veulent pas migrer. Pourquoi ?

Le sentiment d'appartenance... frein à la migration. Certes non significatif selon les résultats de la thèse de Ben Slama, 2020 id122, « l'attache-

ment familial » représente le facteur le plus fréquemment identifié pour les répondants qui n'ont pas l'intention de migrer. **Sur un autre plan, « le sentiment de dette morale envers la Tunisie » et « le manque de médecins en Tunisie » sont cités comme étant des facteurs décourageants pour la migration des résidents en médecine de famille.**

II.4. Les raisons de retour potentiel

Le retour potentiel...une envie prépondérante. Selon les résultats de la thèse en cours^(id123), la majorité des répondants (78%) ont l'intention de rentrer en Tunisie pour les raisons suivantes : **amélioration de la situation du pays, de meilleures conditions financières, de meilleures conditions familiales et pour assurer l'éducation des enfants.** Ces raisons sont en concordance avec les intentions de migration. Ceci reflète que la décision de migrer est, dans la majorité des cas, temporaire.

Tableau 10 : Facteurs pour l'intention de la migration des résidents en médecine de famille.

Facteurs	Description	Totallement (%)		Significativité pour l'intention d'émigration
		(%)	(%)	
Facteurs Nationaux	La situation actuelle en Tunisie	69%	18%	Oui
	L'avenir du pays	60%	30%	Non
	La situation économique	85%	13%	Non
	La situation de la santé	82%	16%	Non
Facteurs Professionnels	La stabilité politique	64%	32%	Non
	Formation : réforme des études médicales	77%	13%	Non
	Implication dans la recherche	66%	20%	Non
	Les perspectives professionnelles	40%	40%	Oui
	Le salaire	54%	34%	Oui
	Disponibilité des moyens de travail	46%	38%	Non
	L'organisation de travail	24%	29%	Non
	La formation continue	40%	28%	Non
	La qualité des soins prodigués	21%	32%	Oui
	La sécurité au travail	68%	24%	Non
	Relations avec Seniors	17%	26%	Non
	Relations avec patients	10%	25%	Non
	Charge de travail	37%	30%	Non
	Les opportunités de travail à l'étranger	39%	44%	Oui
	Niveau de vie du médecin à l'étranger	50%	38%	Non
Horaire de travail en étranger	14%	24%	Non	
Facteurs Personnels	Le bien-être au travail	55%	29%	Non
	Temps alloué pour la vie personnelle	26%	37%	Non
	Les perspectives de vos enfants	71%	23%	Oui
	L'éducation de vos enfants à l'étranger	39%	33%	Oui

Source : Thèse Ben Slama (2020)

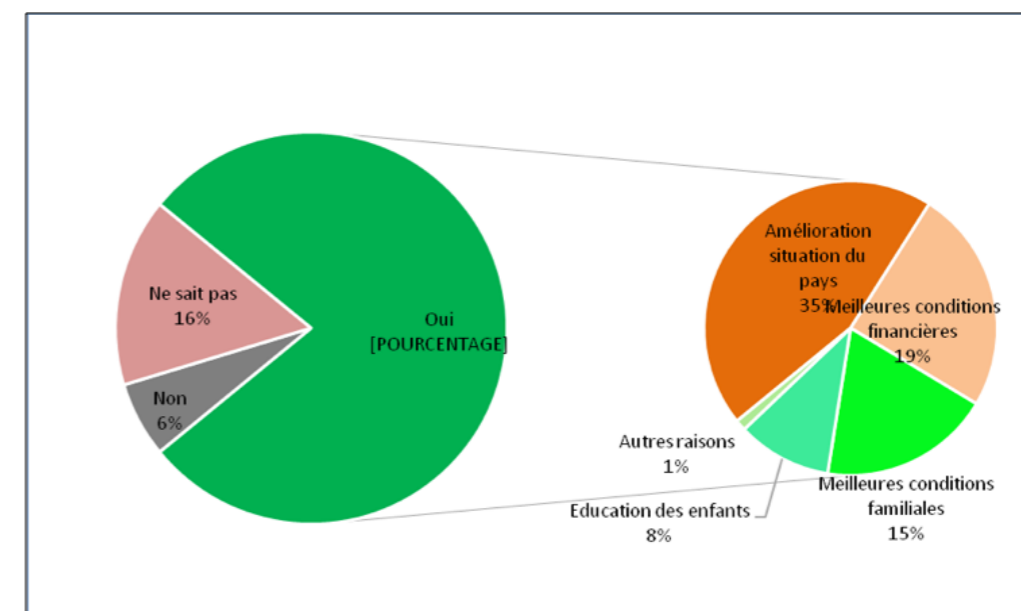


Figure 30 : Raisons de retour potentiel en Tunisie
Source : Thèse en cours (id125)

126. <https://nawaat.org/2023/01/26/migration-apprentissage-de-lallemand-en-tunisie-un-nouveau-visa/>

III. IDENTIFICATION DES VARIABLES MOTRICES CONDITIONNANT L'ÉVOLUTION DE LA MIGRATION À L'HORIZON 2030

Identification des variables motrices. En se référant aux réponses collectées du questionnaire et du focus groupe, ainsi que de la littérature, 10 raisons conditionnent la migration.

Tableau 11 : Raisons motivant la migration des professionnels de santé en Tunisie

Variabiles	Causes de la migration
V1	Salaire plus élevé
V2	Perspectives de carrière plus prometteuses
V3	Possibilité de travailler dans des institutions de renommée mondiale
V4	Formation et développement de compétence
V5	Meilleures conditions de travail
V6	Qualité de vie (charge de travail, les horaires de travail, les avantages sociaux, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée)
V7	Raisons personnelles (recherche d'un meilleur environnement pour élever des enfants ou volonté de vivre dans un endroit spécifique pour des raisons culturelles ou de qualité de vie)
V8	Regroupement familial
V9	Instabilité économique, sociale et politique en Tunisie
V10	Désir de voyager

Pour l'identification des variables motrices deux approches ont été utilisées, celle de la matrice d'impacts croisés puis celle dite de « Poids Méta-plan ».

III.1. Matrice d'impacts croisés à l'ordre 1

Le classement de ces variables en fonction de leur impact, par ordre décroissant, est illustré par le tableau suivant. **Sont retenues comme variables motrices à l'ordre 1 celles dont le nombre de relations de sens est supérieur ou égal à la moyenne de 3.3 des relations de sens pour l'ensemble des 10 variables.**

Tableau 12 : Matrice des variables croisées à l'ordre 1 des raisons de la migration des professionnels de santé en fonction des relations de sens

Variabiles	Variabiles motrices à l'ordre	NRS*
V1	Salaire plus élevé	3
V2	Perspectives de carrière plus prometteuses	2
V3	Possibilité de travailler dans des institutions de renommée mondiale	7
V4	Formation et développement de compétence	3
V5	Meilleures conditions de travail	2
V6	Qualité de vie (charge de travail, les horaires de travail, les avantages sociaux, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée)	5
V7	Raisons personnelles (recherche d'un meilleur environnement pour élever des enfants ou volonté de vivre dans un endroit spécifique pour des raisons culturelles ou de qualité de vie)	2
V8	Regroupement familial	2
V9	Instabilité économique, sociale et politique en Tunisie	7
V10	Désir de voyager	0

* Nombre de relations de sens

Ainsi, à l'ordre 1, trois (03) variables motrices sont retenues : V3 (7), V6 (5) et V9 (7). Les variables V1 (3) et V4 (3) sont rattrapées.

III.2. Matrice d'impacts croisés à l'ordre n-1

En appliquant rigoureusement l'analyse structurale et en élevant la matrice à l'ordre n-1 donc en incluant les relations indirectes s'établissant entre les différentes variables, des coefficients de pondération ont été affectés à chacune des variables, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 13 : Résultats selon les coefficients de pondération issus du traitement par un logiciel de calcul matriciel

Désignation de la variable	Nombre de relations de sens (ordre 1)	Coefficient de pondération (ordre n-1)
V1 Salaire plus élevé	3	0.076865
V2 Perspectives de carrière plus prometteuses	2	0.092655
V3 Possibilité de travailler dans des institutions de renommée mondiale	7	0.141704
V4 Formation et développement de compétence	3	0.117958
V5 Meilleures conditions de travail	2	0.077952
V6 Qualité de vie (charge de travail, les horaires de travail, les avantages sociaux, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée)	5	0.106157
V7 Raisons personnelles (recherche d'un meilleur environnement pour élever des enfants ou volonté de vivre dans un endroit spécifique pour des raisons culturelles ou de qualité de vie)	2	0.077674
V8 Regroupement familial	2	0.077778
V9 Instabilité économique, sociale et politique en Tunisie	7	0.181253
V10 Désir de voyager	0	0.054694

La moyenne calculée est de 0.099981, ce qui permet de dégager les variables motrices, dont les valeurs sont supérieures à la moyenne, à savoir : V2, V3, V4, V6 et V9.

Ainsi, on peut classer les variables issues du calcul matriciel de la plus influente à la moins influente, comme résumé dans le tableau suivant.

Tableau 14 : Coefficients de pondération issus du traitement par un logiciel matriciel du plus important au moins important

Désignation de la variable		Coefficient de pondération (ordre n-1)
V9	Instabilité économique, sociale et politique en Tunisie	0.181253
V3	Possibilité de travailler dans des institutions de renommée mondiale	0.141704
V4	Formation et développement de compétence	0.117958
V6	Qualité de vie (charge de travail, les horaires de travail, les avantages sociaux, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée)	0.106157
V2	Perspectives de carrière plus prometteuses	0.092655
V5	Meilleures conditions de travail	0.077952
V8	Regroupement familial	0.077778
V7	Raisons personnelles (recherche d'un meilleur environnement pour élever des enfants ou volonté de vivre dans un endroit spécifique pour des raisons culturelles ou de qualité de vie)	0.077674
V1	Salaire plus élevé	0.076865
V10	Désir de voyager	0.054694

III.3. Poids Méta-plan

Avec cette méthode, une note de 1 à 4, est affectée à chaque variable, en fonction du degré de son impact sur le système de santé (1 étant le degré le plus bas). La somme des notes affectées étant au maximum de 20. Les variables ayant obtenu une note supérieure ou égale à 3 sont retenues, qu'elles aient été retenues dans la matrice d'impacts croisés ou non. En raison de leur importance comme raisons de migration, deux variables que nous jugeons motrices sont retenues. **Ainsi, les variables V5 et V1 sont rattrapées grâce au Poids Méta-plan et parce que leurs scores sont proches de la moyenne.**

III.4. Combinaison des deux méthodes

Grâce à la combinaison des deux méthodes, les variables dont le nombre de relations de sens est supérieur à 3.3 ou un score Méta-plan supérieur ou égal à 3, sont sélectionnées à l'ordre 1. Il s'agit de sept (07) variables motrices suivantes : V2, V3, V4, V6, V9, V5 et V1.

III.5. Liste des variables retenues

A l'issue de ces travaux, on peut retenir sept variables motrices qui conditionnent et conditionneront l'avenir de la migration des professionnels de santé à l'horizon 2030. Elles sont classées dans le tableau suivant de la raison la plus influente à la moins influente. La stratégie consistera donc principalement à agir sur ces variables.

Tableau 15 : Liste des variables motrices conditionnant l'avenir de la migration des professionnels de santé tunisiens à l'horizon 2030

Désignation de la variable	
V9	Instabilité économique, sociale et politique en Tunisie
V3	Possibilité de travailler dans des institutions de renommée mondiale
V4	Formation et développement de compétence
V6	Qualité de vie (charge de travail, les horaires de travail, les avantages sociaux, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée)
V2	Perspectives de carrière plus prometteuses
V5	Meilleures conditions de travail
V1	Salaire plus élevé

IV. IMPACTS DE LA MIGRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ

Les transferts monétaires... gain économique pour les pays d'origine. Les transferts monétaires par les migrants constituent une entrée de fonds pour le pays d'origine. A ce titre, la valeur des transferts des Tunisiens résidents à l'étranger a atteint environ 3914.2⁽¹²⁷⁾ millions de dinars durant le premier semestre 2023, avec une augmentation de 4% au cours de la même période de 2022. Ces transferts ont permis, entre autres, de couvrir le service de la dette extérieure.

Des pertes économiques. Une distinction devra être opérée entre les apports microsociaux pour les migrants et leurs familles et les conséquences macrosociales et économiques pour le pays d'origine. La méthode la plus simple pour quantifier les pertes et les gains en termes monétaires consiste à déterminer le coût de production ou de remplacement de ceux qui ont émigré. En effet, la migration des professionnels de santé et

des autres compétences hautement qualifiées est souvent abordée⁽¹²⁸⁾ en tant qu'une perte de l'investissement que la collectivité a déjà consentie pour leur éducation. **Plusieurs études se sont intéressées à l'évaluation de cet impact, en particulier au niveau des pays africains⁽¹²⁹⁾, où on estime que le coût de la formation⁽¹³⁰⁾ d'un médecin oscille entre 29 mille et 66 mille dollars et de 43 mille dollars pour une infirmière. Ainsi, les pertes sont de 518 mille dollars pour chaque médecin émigré et de 339 mille dollars pour chaque infirmière qui quitte le pays d'origine.**

En outre, la perte économique dépasse la question du coût de la formation mais elle englobe le coût lié à la prestation de services. En effet, une modélisation économétrique⁽¹³¹⁾ estime que le coût de la mortalité maternelle et infantile due à l'émigration des médecins des pays à revenu faible et intermédiaire, est estimée à 15.86 milliards de dollars par an. L'Inde, le Nigéria, le Pakistan et l'Afrique du Sud supportent les coûts totaux les plus élevés. En rapportant au Produit National Brut (PNB), le Congo, le Ghana, le Libéria et la Sierra Leone ont les coûts les plus élevés. Selon les estimations faites, les coûts supportés par la Tunisie, sont de l'ordre 16 millions de dollars par an, soit 0.037% du PNB.

127. Données Disponibles sur le site de la Banque Centrale de Tunisie

128. Cet argument revêt souvent d'une forme déontologique qui suppose que l'investissement dans l'éducation crée des obligations pour ceux qui en bénéficient à travers l'obligation d'exercer son métier dans le pays et/ou de rembourser le coût de l'éducation

129. <https://www.ajol.info/index.php/ajhs/article/view/30830> et <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-6-89>

130. Il s'agit du coût de l'école primaire à l'université

131. <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/1/e001535.full.pdf>

Tableau 16 : Coût total annuel de l'émigration des médecins, par pays

	Coût total annuel (en million de \$)	En % du PNB
Algérie	272	0.141%
Maroc	57	0.054%
Égypte	196	0.064%
Tunisie	16	0.037%
Congo	186	1.434%
Ghana	415	1.025%
Liberia	15	0.894%
Sierre Leone	35	0.885%
Nigéria	3128	0.616%
Afrique du Sud	955	0.286%
Inde	3427	0.164%
Pakistan	1608	0.592
Région AFRO	6425	0.37%
Région EMRO	3468	0.205%
Région Amérique	1079	0.02%
Région Europe	434	0.013%
Région Asie	3804	0.102%
Total Monde	15855	0.057%

Source Saluja et al. 2020 (id131)

Il est à noter que les transferts d'argent vers les pays d'origine, qui sont une des contributions des migrations internationales au développement des pays d'origine, sont à analyser sous l'angle de leur inscription dans des projets personnels, car, selon certains analystes, ces transferts d'argent sont destinés à couvrir des besoins quotidiens et ne contribuent que dans une proportion réduite à l'investissement productif et ne peuvent donc pas avoir un impact majeur sur le développement économique du pays⁽¹³²⁾.

Des nouvelles compétences acquises. Grâce à la formation continue dont ils ont bénéficié et à l'utilisation des technologies de pointe et des méthodes innovantes pendant leur migration, les professionnels de santé émigrés disposent d'un nouveau savoir-faire qui peut contribuer à améliorer les services de santé dans le pays à leur retour.

La perte de compétences et de connaissances.

A l'opposé, la migration des professionnels de santé peut décourager les jeunes de poursuivre une carrière dans le domaine de la santé. En voyant leurs aînés émigrer pour de meilleures opportunités, certains pourraient être tentés de choisir d'autres domaines d'études, créant ainsi un cercle vicieux de pénurie de personnel. **Cela souligne l'importance d'investir dans la formation et de créer un environnement professionnel attractif pour les jeunes professionnels de santé. Aujourd'hui, certains résidents choisissent des spécialités qui sont demandées à l'étranger.**

La pénurie, la mauvaise répartition des médecins et leur affectation « forcée » dans certaines régions, le rythme de travail (surcharge, horaires, etc.), ajoutés aux mauvaises conditions de travail détaillées plus haut, font que le Développement professionnel continu (DPC ou formation continue) est réduit à sa portion

congrue. Le développement professionnel continu n'est plus de mise pour diverses causes pratiques comme l'éloignement des centres universitaires, l'absence de moyens dans les structures périphériques, le manque de temps imparti à cause de la surcharge de travail, etc. ce qui s'ajoute à la faiblesse de l'obligation légale dans le domaine.

Aggravation de la pénurie des professionnels de santé. Selon la littérature académique⁽¹³³⁾, il existe une faible corrélation entre la migration et la densité des professionnels de santé. Cette dernière est plutôt liée à d'autres facteurs prépondérants, à savoir la capacité de formation, la mauvaise répartition de l'offre, l'environnement sanitaire et le dysfonctionnement du système de santé. **Ainsi, il est important d'évaluer la perte relative des professionnels de santé due à l'émigration par rapport aux flux internes tels que les professionnels de santé quittant le secteur public pour travailler dans le secteur privé.**

Accentuation des disparités régionales et des inégalités d'accès. La migration des professionnels de santé peut, à la longue, entraîner également un déséquilibre régional, où les zones rurales et défavorisées ont tendance à être encore plus sous-desservies par rapport aux zones urbaines plus développées. Les professionnels de santé ont souvent tendance à migrer vers les villes côtières offrant de meilleures perspectives économiques et professionnelles, ce qui accentue les inégalités en matière d'offre de soins de santé. La migration des professionnels de santé peut aggraver les inégalités dans l'accès aux soins, car les régions rurales et les zones défavorisées sont déjà les plus touchées par la pénurie de personnel de santé. Pour certaines spécialités telles que la neurologie par exemple, le CNOM dénombre 61 neurologues à l'étranger et 281 exerçant en Tunisie. Malgré l'ouverture chaque année de nouveaux postes, la spécialité n'évolue pas en nombre. Autre exemple, celui de la psychiatrie pour laquelle on dénombre quelques 400 psychiatres en Tunisie et plus de 100 psychiatres émigrés à l'étranger. La ré-

partition régionale s'en ressent car il n'y a toujours pas de psychiatre dans le secteur public à Siliana, à Sidi Bouzid, à Kasserine et à Gafsa.

Augmentation de la charge de travail. A cause de la pénurie des professionnels de santé, la charge de travail augmente pour les professionnels de santé, en particulier dans les zones où la densité est faible et les besoins importants. Ceci entraîne plus de stress et de démotivation, ce qui peut pousser plus de professionnels à émigrer. Un cercle vicieux pourrait s'installer.

Diminution de la qualité et de la sécurité des services de santé. La migration des professionnels de santé a un impact indirect. L'augmentation de la charge de travail des infirmiers, par exemple, est associée à une diminution de la satisfaction des patients, la détérioration de la qualité et de l'efficacité des soins offerts et l'augmentation des infections iatrogènes liées aux soins, ce qui réduit la qualité et la sécurité des services de santé⁽¹³⁴⁾.

Effets sur l'état de santé de la population du pays. Plusieurs analyses économétriques sont réalisées pour démontrer l'impact de la migration sur les indicateurs de santé dans les pays d'origine. A titre d'exemple, un doublement du taux de l'émigration est associé à une augmentation de 20% des décès chez les adultes atteint du VIH/SIDA comme l'a démontré cette étude⁽¹³⁵⁾. De plus, dans une autre étude⁽¹³⁶⁾, concernant 84 pays, sur la période 1992-2004, la migration des professionnels de santé entraîne une augmentation de la mortalité infantile d'une manière significative, en contradiction à l'étude⁽¹³⁷⁾ pionnière qui a constaté que la migration n'a pas d'effet significatif sur la mortalité infantile. Les résultats d'une étude récente⁽¹³⁸⁾ qui a concerné 188 pays entre 2000 et 2015, illustrent que la migration des professionnels de santé a un impact négatif sur la santé des enfants et qu'il existe une relation curvilinéaire entre les deux.

132. Les migrations de médecins roumains vers la France, entre démographie médicale et quête de meilleures conditions d'exercice. Raymonde Séchet, Despina Vasilcu. *Norois* 2012/2 (n° 223), p 63 à 76.

133. https://www.cgdev.org/sites/default/files/13123_file_Clemens_Do_vir-sas_kill_3_.pdf

134. <https://arjournals.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13756-020-00719-4>

135. <https://elibraryworldbank.org/doi/pdf/10.1093/wber/lhn005>

136. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00220388.2012.742508?needAccess=true>

137. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1570677X1000037?via%3Dihub>

138. <https://www.mdpi.com/2075-4698/10/4/73>



PARTIE 3 : Face à la migration des professionnels de santé : quelles pistes pour réduire les effets néfastes sur le système de santé tunisien ?

Des avantages pour les pays d'accueil. A l'opposé des aspects plutôt négatifs de la migration pour les pays d'origine, les pays d'accueil se voient offrir des professionnels de santé, souvent à moindres coûts et qui travaillent souvent dans des conditions que n'acceptent pas les professionnels de santé autochtones. Ainsi, les pays hôtes comblent les pénuries de professionnels dans leurs propres systèmes de santé et économisent à la fois sur le coût et la durée de la formation des personnels de santé et acquièrent des professionnels plus « flexibles » au niveau des conditions de travail et de rémunération. A titre d'exemple, le coût de formation d'un médecin au Royaume-Uni est de 200 mille livres sterling et de 37 mille pour un infirmier. Avec la migration, à partir du Ghana, de 293 médecins et de 1021 infirmiers, les économies réalisées par le Royaume-Uni, en termes de formation, sont estimées à 65 millions de livres sterling pour les médecins et de 38 millions de livres sterling pour la formation des infirmiers⁽¹³⁹⁾.

En conclusion. Bien que la Tunisie ne soit pas confrontée à une migration aussi massive que certains autres pays, ce phénomène représente un défi significatif pour le système de santé du pays en raison de ses nombreux impacts.

Il s'agit, en fait, d'un phénomène multifactoriel comme le décrit l'Arbre à Problèmes cité en annexe. Si la première motivation de la migration tient souvent à des opportunités d'emploi meilleures à l'étranger, recouvrant le salaire, les conditions de travail, l'évolution de carrière, etc., d'autres facteurs comme la possibilité d'offrir un avenir meilleur et plus sûr aux enfants peuvent aussi jouer un rôle déterminant. Très souvent, la migration des professionnels de santé est un symptôme des difficultés rencontrées par le système de santé et, plus généralement, par la société du pays d'origine plus qu'elle n'en est la cause directe.

Si aucune mesure d'envergure n'est prise, les effets sur la situation sanitaire des citoyens seront négatifs et cela malgré les éventuels investissements dans le secteur de la santé.

Avant de construire une vision, il a été crucial de comprendre les facteurs qui poussent les professionnels de santé tunisiens à migrer (Cf. partie II). Ces facteurs tiennent compte des préoccupations financières, des opportunités de carrière limitées, des conditions de travail difficiles, du manque d'équipements médicaux adéquats, etc. Une vision stratégique doit aborder ces facteurs de manière globale.

Après avoir passé en revue les causes et les impacts de la migration des professionnels de santé, existe-t-il des solutions pour maîtriser ce flux ? Il est d'emblée à rappeler qu'un flux migratoire persistant est un symptôme et non la cause des problèmes sous-jacents. **En conséquence, le gouvernement devrait s'attaquer à ces enjeux de fond, dans le cadre d'une approche holistique et intégrée, en adoptant des politiques à court et à moyen termes visant à améliorer la gouvernance, à consolider les institutions et à renforcer la qualité des services de santé rendus à la population, en plus d'autres mesures spécifiques que nous passons en revue. Toute cette stratégie de rétention doit être abordée dans un contexte de mondialisation croissante où la dimension politique se heurte aux aspirations des personnes à une vie meilleure via l'émigration.**

I. UNE APPROCHE GLOBALE POUR UNE RÉPONSE EFFICIENTE

Un code mondial pour une approche éthique mais non contraignante. Les pays membres de l'OMS ont adopté en 2010⁽¹⁴⁰⁾, un « Code de pratique mondiale sur le recrutement international des personnels de santé⁽¹⁴¹⁾ », afin de dresser un cadre éthique universel entre le recrutement international des professionnels de santé et le renforcement des systèmes de santé. Non contraignant sur le plan juridique, ce code constitue une référence et une plateforme globale pour répondre d'une manière commune à la problématique de la migration⁽¹⁴²⁾.

L'objectif de ce code est d'atténuer les aspects négatifs de la migration sur les systèmes de santé des pays d'origine.

Un conseil consultatif pour un dialogue entre les décideurs. En 2011, un conseil⁽¹⁴³⁾ sur les politiques de migration des professionnels de santé est reconstitué afin d'évaluer la mise en œuvre du code mondial de l'OMS de bonnes pratiques en matière de recrutement international.

Des réunions périodiques pour le suivi de l'implémentation du code. Des évaluations de l'implémentation de ce code ainsi que les mesures pour améliorer son utilité et son efficacité sont réalisées⁽¹⁴⁴⁾. De plus, un outil d'auto-évaluation⁽¹⁴⁵⁾ a été adopté pour l'échange d'informations et la surveillance du code. En mars 2022⁽¹⁴⁶⁾, plus de 80% des pays membres (158 pays) ont identifié une autorité nationale pour soutenir l'application du code.

Résolution WHA63.16 : code de pratique mondiale sur le recrutement international des personnels de santé⁽¹⁴²⁾

Ce code se compose d'un préambule et de trois premiers articles couvrant les objectifs, la nature et la portée, ainsi que les principes directeurs donnant le contexte de l'instrument.

L'article 4 relatif aux responsabilités, les droits et les pratiques de recrutement, identifie les responsabilités éthiques des parties prenantes pour assurer un recrutement équitable et des pratiques de traitements pour les professionnels émigrés. L'alinéa 2 de cet article stipule que « Les recruteurs et les employeurs devraient dans la mesure du possible être informés et tenir compte des responsabilités juridiques des personnels de santé vis-à-vis du système de santé de leur pays, par exemple au titre d'un engagement à des conditions justes et raisonnables, et ne pas chercher à les re-

139. https://www.researchgate.net/publication/42793696_The_%27Skills_Drain%27_of_Health_Professionals_from_the_Developing_World_A_Framework_for_Policy_Formation

140. Ce processus a commencé en 2004 par la résolution AMS57.19

141. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/3180/A63_R16-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y

142. <https://www.aim.info/revue-sante-publique-2010-6-page-599.htm>

143. <https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/files/content/docs/GHD/Overview%20of%20the%20Council.pdf>

144. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507141>

145. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/nri-2021.pdf?sfvrsn=326f3294_32&download=true

cruter. Les personnels de santé devraient faire preuve de franchise et de transparence au sujet d'éventuelles responsabilités juridiques qu'ils pourraient avoir ».

L'article 5 concerne le développement des personnels de santé et la pérennité du système de santé. Il décourage le recrutement actif des professionnels de santé en provenance des pays en développement confrontés à des pénuries aiguës. Il encourage l'utilisation des normes du code comme guide lors de la conclusion d'accord bilatéraux ou multilatéraux en vue de renforcer la coopération internationale. En outre, il appelle à encourager et à aider les professionnels de santé à mettre l'expérience acquise à l'étranger au service de leur pays d'origine. De plus, il est primordial de mettre une approche multisectorielle pour répondre aux défis liés aux ressources humaines afin que les systèmes de santé s'adaptent pour répondre aux besoins sanitaires de leur population. En outre, des mesures spécifiques (incitations financières, réglementaires, etc.) doivent être mises en place pour répondre aux disparités régionales.

L'article 6 rappelle l'importance de la collecte des données factuelles pour élaborer des politiques efficaces. L'article 7 concerne l'échange des données entre les pays en matière de ressources humaines.

Box 3: Résumé du code pratique mondiale sur le recrutement international des personnels de santé- OMS 2010

Une plateforme⁽¹⁴⁷⁾ internationale sur la mobilité des professionnels de santé. En se référant à la résolution⁽¹⁴⁸⁾ WHA 70.6 de 2017, un programme de travail intersectoriel entre l'OMS, l'OIT et l'OCDE est mis en place pour faciliter le dialogue politique entre les pays mais aussi les organismes internationaux pour des actions concertées dans le cadre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à horizon 2030.

Des codes de bonne conduite régionaux et nationaux. Des initiatives régionales et/ou nationales existent afin de poser des principes pour le recrutement des professionnels de santé. A titre d'exemple, le « Code of practice for the international recruitment of health and social care personnel in England⁽¹⁴⁹⁾ » qui recommande aux employeurs du NHS de ne pas procéder à un recrutement actif dans les pays en développement, à moins qu'il n'existe un accord avec ces pays et ceci à travers des agences approuvées aux fins de recrutement éthique. En 2002, à Melbourne en Australie, un code de pratique⁽¹⁵⁰⁾ pour le recrutement international de professionnels de santé est adopté lors de la Confédération mondiale des collèges, académies et associations académiques nationaux de médecins généralistes et de médecins de famille (WONCA). Toutefois, l'adoption de ces guides s'est heurtée à la volonté des professionnels de santé pour la mobilité internationale en se référant à l'article 13.2 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme qui garantit « le droit de quitter tout pays, y compris le sien et de revenir dans son pays ».

Une stratégie mondiale sur les ressources humaines pour une Couverture Santé Universelle (CSU). Partie intégrante des objectifs de développement durable, la cible 3C consiste à « accroître considérablement (...) le recrutement, le perfectionnement, la formation et le maintien en poste du personnel de santé dans les pays en développement, notamment dans les pays les moins avancés et petits États insulaires en développement. ». Pour répondre à ce défi, l'OMS a développé, en 2016 une stratégie mondiale sur les ressources humaines en santé à horizon 2030. Elle s'est fixée quatre objectifs : (i) appliquer, dans le domaine des ressources humaines pour la santé, des politiques fondées sur des bases factuelles pour optimiser l'impact des personnels de santé actuels, garantir à la population une vie en bonne santé, assurer effectivement la CSU et contribuer à la sécurité sanitaire mondiale, (ii) faire correspondre les cadres d'investissement dans les ressources humaines pour la santé aux niveaux national et mondial, aux besoins futurs des systèmes de santé et aux exigences du marché

du travail, en multipliant les possibilités de création d'emplois et de croissance économique, (iii) renforcer les capacités des institutions nationales et internationales pour un leadership et une gouvernance efficaces des mesures prises dans le domaine des ressources humaines pour la santé, et (iv) veiller à ce que le suivi et la transparence des efforts déployés en faveur des ressources humaines pour la santé aux niveaux national et mondial s'appuient sur des données fiables, des éléments factuels et des connaissances harmonisées et actualisées. **Parmi les dispositions proposées dans cette stratégie, les pays doivent œuvrer à renforcer leurs capacités de prévision et de planification en termes de professionnels de santé afin de**

gérer le marché du travail et de répondre aux besoins actuels tout en anticipant les attentes futures, en prenant en considération la formation, le déploiement et la fidélisation de ces professionnels.

II. DES INTERVENTIONS POLITIQUES : UN TOUR D'HORIZON

Au cœur des politiques publiques. La migration des professionnels de santé est un élément important au regard des politiques publiques au niveau mondial. Des questions politiques sont spécifiques aux pays d'origine et aux pays d'accueil.

Tableau 17 : Exemples de question politiques

Questions	
Pays d'origine	<ul style="list-style-type: none"> L'émigration doit-elle être limitée ou réduite ? Si oui, comment procéder et comment allier efficacité et éthique ? L'émigration doit-elle être favorisée ou encouragée (pour stimuler les envois de fonds par exemple) ? Les agences de recrutement doivent-elles être réglementées ?
Pays d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> Le taux d'immigration est-il supportable ? L'immigration est-elle une façon rentable afin de remédier à la pénurie ? Les agences de recrutement doivent-elles être réglementées ?

Source : Buchan 2008 ⁽¹⁵²⁾

Améliorer les sources de données disponibles sur les flux migratoires pour comprendre les raisons, les motivations et examiner les impacts afin d'assurer un meilleur suivi des tendances. Pour mesurer les flux de migration à travers le taux d'émigration, on doit disposer des données sur les effectifs

des migrants en pourcentage des effectifs disponibles afin d'apprécier l'ampleur du phénomène. L'étude de la migration nécessite une variété de sources, quantitatives et qualitatives, pour explorer les facteurs qui influencent le choix. Ceci permet d'élaborer des politiques éclairées.

Tableau 18 : Questions pour le suivi

Données/ questions	
Pays d'origine	<ul style="list-style-type: none"> Quel est le type des professionnels émigrés et en quelle proportion ? Quels sont les pays d'accueil ? Quelle est la proportion de la migration des professionnels de santé par rapport aux autres secteurs ? Quelles sont les conséquences de l'émigration ? Pour quelles raisons les professionnels de santé émigrent-ils ? Comment suivre les flux migratoires ?
Pays d'accueil	<ul style="list-style-type: none"> Quels sont les pays d'origine des immigrants ? Quelle est la proportion des professionnels de santé immigrés ? et quel profil ? Pour quelles raisons les professionnels de santé immigreront-ils ? Comment suivre les flux migratoires ?

Source : Buchan 2008 ⁽¹⁵²⁾

146. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_14-en.pdf

147. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/international-platform-on-health-worker-mobility/591bb70b-ea85-4371-9e01-523258a48374.pdf?sfvrsn=43071c7a_1

148. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R6-en.pdf

149. <https://www.gov.uk/government/publications/code-of-practice-for-the-international-recruitment-of-health-and-social-care-personnel/code-of-practice-for-the-international-recruitment-of-health-and-social-care-personnel-in-england>

150. https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Rural%20Practice/melbourne_manifesto%202002.pdf

151. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/978924151131-eng.pdf>

152. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107993>

153. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/asia/-/ro-bangkok/-/ilo-manila/documents/publication/wcms_335060.pdf

154. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1955379/>

155. <https://www.giz.de/en/worldwide/41533.html>

Orienter les flux migratoires et favoriser la migration circulaire. A travers des accords bilatéraux et/ou multilatéraux, la migration est organisée entre les pays d'origine et d'accueil. Il s'agit d'une méthode de régulation de la migration des professionnels de santé en termes de nombre, de catégorie et de qualification des professionnels émigrés, dans la perspective d'un échange gagnant-gagnant, tout en protégeant les droits des professionnels de santé. Par ailleurs, la migration circulaire constitue une migration organisée, généralement temporaire, basée sur l'échange d'expérience⁽¹⁵³⁾. A titre d'exemple, un programme de formation des infirmiers est mis en place à Saint-Kitts pour être employés aux Etats-Unis⁽¹⁵⁴⁾, tandis que les infirmiers jamaïcains

peuvent travailler par quinzaine entre la Jamaïque et Miami aux Etats-Unis⁽¹⁵⁴⁾. En Allemagne⁽¹⁵⁵⁾, un programme « Triple Win » a été mis en place, en 2013, pour les infirmiers en provenance des Philippines, de la Serbie, d'Indonésie, de Jordanie et de Tunisie. Ce programme offre un contrat de travail de deux ans (pouvant être prolongé à cinq ans) conformément à la réglementation et le barème de rémunération. Pour les pays de l'Asie faisant partie de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est, des accords de reconnaissances mutuelles pour les médecins et pour les infirmiers ont été signés en 2009 et 2006 respectivement⁽¹⁵⁶⁾. Ces accords regroupent les normes utilisées pour délivrer l'autorisation pour améliorer la mobilité des professionnels de santé entre ces pays.

Tableau 19 : Exemples d'action pour orienter la migration

Action	Caractéristique
Jumelage	Lien entre les établissements de soins dans les pays d'origine et d'accueil sur la base d'échange de personnel, de formules d'assistance et d'envoi de ressources vers les pays d'origine.
Accord bilatéral	Accord entre le pays d'accueil et d'origine par lequel le pays d'accueil s'engage à prendre en charge les frais de formation du personnel supplémentaire et/ou à recruter du personnel pour une période fixe, qui pourra bénéficier d'une formation et d'une spécialisation avant de rentrer dans son pays d'origine, ou encore à recruter du personnel en sureffectif dans le pays d'origine.

Source : Buchan 2008 ⁽¹⁵²⁾

Réformer les politiques et les pratiques relatives aux ressources humaines. La politique en matière de ressources humaines, y compris la planification, la formation initiale et continue, constitue une pierre angulaire pour assurer une meilleure préservation de l'offre des professionnels de santé et maîtriser les effets négatifs de la migration. En effet, la migration des professionnels de santé est un élément des flux sortants dans le marché du travail, à côté des départs à la retraite et du changement de carrière.

Améliorer les conditions financières. Plusieurs pays ont opté pour cette mesure pour maîtriser la migration des professionnels de santé. Elle peut consister en une augmentation de la rémunération ou de fournir des primes spécifiques, afin de réduire la migration et/ou encourager le retour des émigrés.

Dans une étude⁽¹⁵⁷⁾ dans cinq pays (Colombie, Nigeria, Inde, Pakistan et Philippines), la majorité des répondants (83.5%) estime que l'aug-

mentation du revenu des médecins est un moyen efficace pour réduire la migration et plus de la moitié juge que ceci est réalisable compte tenu des ressources disponibles. Pour les mécanismes d'incitations financières, on retrouve divers moyens.

A titre d'exemple, au Ghana⁽¹⁵⁸⁾, le programme spécifique d'allocations d'heures de services supplémentaires (ADHA) a permis de réduire la migration des médecins d'environ 10% après six années de la mise en place de ce programme. Une simulation⁽¹⁵⁹⁾ a estimé qu'une augmentation de salaire de 10% réduit le taux d'émigration de 1.45 point de pourcentage. En Éthiopie ⁽¹⁵⁸⁾, un programme spécifique est adopté pour la rétention des médecins à travers le don de terrain, le soutien au transport, ou encore le dégrèvement fiscal.

Au Maroc⁽¹⁶⁰⁾, un projet de revalorisation du salaire est mis en place en 2022, avec une augmentation dépassant 100% du salaire net (passant de 5967 dirhams à 8836 dirhams). Selon les résultats d'une étude⁽¹⁶¹⁾, la moitié des répondants

(54.6%) considère que ce projet de revalorisation peut modifier leur intention de migration, tandis que 45.9% estiment que ce projet est insuffisant.

Ces différentes mesures nécessitent des ressources budgétaires supplémentaires. De plus, leurs impacts semblent limités⁽¹⁶²⁾ aux professionnels de santé au début de leur carrière (âgés entre 20 et 35 ans)⁽¹⁵⁴⁾ et ne peuvent pas réduire les écarts de salaire entre les pays d'origine et d'accueil.

Renforcer et optimiser les conditions de travail. Selon les résultats de l'étude⁽¹⁵⁷⁾, l'amélioration des conditions de travail est la solution la plus efficace, dépassant même les incitations financières avec 87% des répondants. De plus, la réalisation de cette mesure est forte avec plus de 66% des réponses. Au Maroc⁽¹⁶⁰⁾, l'amélioration des conditions de travail, ainsi que de l'infrastructure hospitalière sont parmi les recommandations pour réduire la migration avec un taux de réponse de 15.6% et 11.6% respectivement des répondants. **En outre, les autres mesures préconisées sont respectivement le respect et la motivation du personnel de la santé (8.8%), la sécurité hospitalière (5.8%), l'amélioration de la qualité des soins (2.2%), la lutte contre la corruption (1.6%) et l'augmentation du budget alloué à la santé (1.4%).**

Adapter les politiques et les capacités de formation et de valorisation des carrières. Au Maroc ⁽¹⁶⁰⁾, la mise à niveau des compétences et l'épanouissement professionnel semblent être les mesures les plus efficaces avec 18.4% des répondants. L'encouragement à la recherche scientifique a un effet limité avec seulement 2.4% des réponses.

Encourager la politique de substitution. Cette solution consiste à donner de nouvelles qualifications ou des compétences particulières pour les professionnels non migrants en vue de réduire l'écart et la disparité des res-

sources humaines, ainsi que pour atténuer les effets de la migration des médecins en particulier. La substitution⁽¹⁶³⁾ peut être directe ou indirecte (par délégation). La première a été mise en œuvre dans plusieurs pays africains, sous différente appellation : « clinical officer » en Tanzanie, au Kenya et en Zambie, ou encore, « medical assistant » au Malawi, au Mozambique et au Ghana. Il s'agit d'une formation médicale générale de trois ans, assortie d'une spécialité d'une année. La deuxième consiste à autoriser les professionnels à offrir des services de santé qui ne sont pas normalement dans leurs attributions. A titre d'exemple⁽¹⁶⁴⁾, au Royaume-Uni, les infirmiers ont des compétences de prescription médicale depuis 2003⁽¹⁶⁵⁾. Pour ce faire, ces infirmiers doivent être expérimentés et bénéficier d'une formation spécifique entre 3 et 6 mois. Toutefois, cette mesure n'est pas acceptée par la majorité des répondants dans l'étude id 160 (62.9%).

Des mesures restrictives. Il s'agit de mesures réglementaires qui sont tentées dans certains pays, comme l'obligation de rembourser les frais de scolarité en cas d'émigration ou encore d'instaurer une taxe spécifique sur les migrants qualifiés comme une compensation pour la contribution qu'ils auraient apportée s'ils n'avaient pas émigré, connue sous le nom de taxe Bhagwati⁽¹⁶⁶⁾. On retrouve aussi d'autres mesures comme l'obligation aux pays d'accueil de compenser les pays d'origine et l'obligation de travail pour une période déterminée après le diplôme dans le pays d'origine. Selon l'étude⁽¹⁶⁰⁾, moins de la moitié des répondants (46.9%) approuve une compensation des pays d'accueil, tandis que la majorité (60.7%) valide l'obligation de travailler dans le pays d'origine pour une période définie après l'obtention du diplôme, avec une acceptation plus modérée chez les médecins avec seulement 47.8% des répondants. Pour la durée définie, ils suggèrent une période entre une année et cinq ans. Toutefois, l'impact de ces mesures semble limité⁽¹⁶⁷⁾.

156. <https://academic.oup.com/heapol/article/33/8/957/5078581?login=false>

157. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15953667/>

158. <https://academic.oup.com/heapol/article/29/5/1603/611146?login=true>

159. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/aa476c44-9fed-5952-9780-041b5d2475dc/content>

160. <https://cgem.ma/salaires-medecins-publics-augmentations/#:~:text=L%27application%20de%20l%27indice,des%20medecins%20de%20premier%20grade.>

161. <https://hal.science/hal-04171430/>

162. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-3>

163. <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-2-7>

164. <https://www.caim.info/revue-economique-2010-6-page-1011.htm?ref=doi&contenu=bibliographie>

165. https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08c7ae5274a27b200121d/insights_health_7.pdf

166. <https://www.jstor.org/stable/40719435>

167. https://www.researchgate.net/publication/42793696_The_%27Skills_Drain%27_of_Health_Professionals_from_the_Developing_World_A_Framework_for_Policy_Formation?enrichId=rgreq-b7d2aa30e23d-92915345d541ead262e9-XXX&enrich-Source=Y292ZKUQYWdOzQ/NzkzNj-k200FTQjk40TYnZLzMTk2MDQyQ-DEOMDA2MDUSNjc4NTQ8%3D-&el=1_x_3&_esc=publicationCoverPdf

III. RECOMMANDATIONS

III.1. Perspectives d'acteurs clés

Impliquer les différentes parties prenantes. Le gouvernement tunisien doit mettre en place des politiques visant à retenir et à encourager les professionnels de santé qualifiés à rester en Tunisie, par le biais de nombreuses mesures conçues dans le cadre d'une vision stratégique qui ne doit pas se faire en vase clos. Elle nécessite la participation et la collaboration de divers acteurs, notamment le gouvernement mais aussi les professionnels de santé, les institutions académiques, les sociétés savantes, les organisations, les syndicats, la CNAM et la société civile.

III.2. Mesures d'atténuation

La migration des professionnels de santé a des conséquences potentiellement négatives sur le système de santé tunisien, affaiblissant les ressources humaines et compromettant la qualité des soins. Pour résoudre ce problème, il est essentiel de s'attaquer aux causes sous-jacentes comme démontré dans l'arbre à problèmes en annexe 4.

Les professionnels de santé hautement qualifiés doivent faire l'objet de nombreuses mesures de régulation quantitatives et qualitatives afin de garantir les enjeux de qualité, d'équité, de soutenabilité des soins donc de viabilité du système de santé. **Il est donc crucial pour assurer des soins de haute qualité et de renforcer le système de santé, de mettre en application quelques stratégies spécifiques potentielles que nous examinons pour réduire toutes ces causes de départ à l'étranger et, ainsi, encourager les professionnels de santé à rester en Tunisie.**

Parmi les politiques incitatives visant à maintenir les ressources humaines en santé, les mécanismes strictement financiers tels que la

revalorisation des salaires (Variable motrice 1) et l'évolution des carrières professionnelles (Variable motrice 2) sont nécessaires mais pas suffisantes. Leur efficacité réside dans la combinaison d'autres mesures non financières telles que l'amélioration des conditions de vie (Variable motrice 6), des conditions de travail (Variable motrice 5), l'amélioration de l'environnement professionnel et de vie (Variable motrice 9), ou encore les possibilités de se former tout au long de la carrière (Variable motrice 4).

Pour cela nous passerons en revue les sept variables motrices retenues (Tableau en annexe 5). Nous avons veillé à ce qu'elles soient innovantes et réalistes, pouvant être mises en œuvre et tenant compte des marges de manœuvre. **Quant à l'approche, elle se décline de la manière suivante: nous avons sept variables motrices que nous avons identifiées et classées, de la plus influente à la moins influente. Chacune d'entre elles est ciblée par les recommandations pour agir dessus en vue de changer la situation compte tenu du fait qu'elles sont motrices et donc conditionnent l'évolution de la migration des professionnelles de santé. Les orientations stratégiques formulées par variables sont ensuite déclinées par année d'exécution. Chaque orientation stratégique est subdivisée en mesures opérationnelles.**

1. Mesures pour répondre à l'enjeu de l'instabilité économique, sociale et politique en Tunisie (Variable motrice 9).

En raison de cette instabilité, du manque de visibilité et des fortes incertitudes quant à l'avenir avec un futur ouvert à tous les possibles, les prestations de soins et de services sont en régression, aux plans de l'accessibilité, de la qualité et de l'efficacité. L'instabilité à la fois politique, économique et sociale durant la dernière décennie a eu un impact, entre autres secteurs, sur celui de la santé. Les médecins abandonnent progressivement le

secteur public par désespérance pour aller exercer dans le secteur privé ou à l'étranger. **En 2030, en l'absence de mesures adéquates et du fait de cette crise socio-économique, nous risquons d'assister à une dégradation du système de soins avec une réduction des ressources, humaines et financières, dédiées à la première ligne mais également aux soins curatifs avec une diminution importante des programmes de prévention et de promotion de la santé. Cette orientation mettrait en péril l'atteinte de tous les ODD avec une révision à la baisse de tous les indicateurs de la sécurité sanitaire. Ainsi, le pays risque de perdre son élite et de remettre en cause la santé et le bien-être de ses citoyens.**

Accélérer l'opérationnalisation de la Politique Nationale de Santé. La mise en œuvre de la PNS basée sur la vision de la couverture santé universelle (CSU) et les choix stratégiques structurants, ainsi que les clés de réussite permet d'avoir, d'ici 2030, un citoyen plus confiant dans le système de santé et mieux protégé, un professionnel de santé motivé et confiant, enfin un système de santé plus équitable, inclusif et plus efficient contribuant ainsi à réduire les inégalités régionales et sociales. (PNS). Le plan triennal 2023-2025 pour le secteur de la santé est une étape dans ce processus de mise en œuvre.

Mettre en place l'Observatoire des ressources humaines. Parmi les mesures proposées dans le plan triennal 2023-2025, figure la création de l'observatoire des ressources humaines en santé qui adopte une approche proactive, incluant les conseils de l'ordre, les syndicats, les instituts de formation et les départements concernés. **L'objectif est d'assurer une planification et une gestion efficace des ressources humaines en santé pour anticiper et répondre aux besoins du système de santé et du marché de l'emploi externe.** Cela implique une planification précise des effectifs, une anticipation des besoins futurs, une identification des pénuries po-

tentielles, une répartition équitable du personnel et des opportunités de progression professionnelle claires et transparentes.

Instaurer une gouvernance efficace de la migration. Ceci passe par une amélioration des sources de données disponibles sur les flux migratoires pour s'appuyer sur des données fiables, des éléments factuels et des connaissances harmonisées et actualisées permettant un meilleur suivi des tendances et l'établissement d'une stratégie statistique institutionnelle dans tous les secteurs, car les chiffres demeurent un obstacle pour mettre en place des politiques publiques efficaces, crédibles et applicables en Tunisie. **Une coordination entre les différents organismes chargés de la migration (ONM, INS, ATCT, etc.) est nécessaire.**

Allouer des ressources financières adéquates au secteur de la santé. Augmenter de 0,5% par an la part du budget du MS dans le budget de l'État, de 2023 à 2030, pour atteindre 8,5%. Le renforcement des dépenses de santé, en tant qu'investissement peut contribuer à améliorer les conditions de travail et les rémunérations des professionnels, à renforcer des infrastructures de santé de qualité et des équipements adéquats, en particulier dans les régions rurales et défavorisées. **Ceci garantira un accès équitable à des soins de santé de qualité pour tous les citoyens, d'une part, et d'attirer et de retenir les professionnels de santé, d'autre part.**

Réorganiser l'offre des services de santé. En se référant à la politique Nationale de Santé, la réorganisation de l'offre des services centrée autour du citoyen, avec un parcours prédéfini selon les référentiels de bonnes pratiques agréés dans une perspective de continuité de soins et de coordination entre les différentes lignes et les secteurs public et privé, en s'appuyant sur les technologies de santé (télé médecine, etc.) et les partenariats public-privé.

Encourager l'engagement communautaire et la sensibilisation. Les professionnels de santé peuvent être encouragés à s'engager davantage au sein de leur communauté en développant le sentiment d'appartenance. **Il est nécessaire de renforcer les institutions démocratiques, de promouvoir la transparence, de lutter contre la corruption et d'encourager le dialogue entre les différentes parties. La société civile et les citoyens peuvent aider à résoudre les conflits et à prévenir les crises. Ce climat social de dialogue peut contribuer à créer un environnement favorable au travail et à la confiance.**

Promouvoir les activités porteuses en santé et bien-être et dynamiser l'exportation des services en assurant la régulation. Attirer les investissements directs étrangers (IDE) et nationaux (IDN) dans les domaines émergents de la médecine, tels que la télémédecine, la santé numérique, la médecine régénérative et les spécialités les plus demandées. Cela créera des opportunités pour les professionnels de santé de participer à des projets innovants et de se tenir à la pointe des avancées médicales.

Réviser les textes juridiques relatifs à l'exercice. L'instauration d'un cadre juridique et réglementaire clair contribuera à garantir les droits des soignants et des patients et permettra la mise en œuvre des politiques incitatives de manière transparente et équitable.

Promulguer la loi sur la responsabilité médicale. L'absence de cadre juridique délimitant la responsabilité médicale des soignants, définissant la faute médicale et l'accident médical sans faute ou aléa thérapeutique, constituent des failles juridiques de taille transformant tout accident médical en un crime pénalement répréhensible. Un projet de loi définissant la responsabilité médicale et délimitant la sanction pénale aux fautes graves liées à une négligence ou à un écart volontaire des règles et des recommandations internationales est actuellement proposé aux parlementaires.

Revoir la loi 91-21⁽¹⁶⁸⁾ relative à l'exercice de la médecine en Tunisie. Pour répondre aux enjeux économiques liés à l'installation et le fonctionnement des cabinets individuels, la possibilité d'exercer sous forme d'une société « commerciale » à objet civil dite « Société d'exercice libéral », à l'instar des avocats, devrait être accordée aux médecins et médecins dentistes.

Revoir les textes relatifs à l'exercice de la médecine⁽¹⁶⁹⁾ de famille. Parmi les choix stratégiques de la Politique Nationale de Santé c'est « de faire de la santé familiale et de proximité le pivot du système de santé ». Il s'agit d'un réseau de proximité public et privé, organisé sous forme d'équipe pluridisciplinaire. Le rôle de médecin de famille/médecin généraliste est primordial dans ce dispositif. A ce titre, la formation continue pour les professionnels en exercice (les médecins généralistes) permettra une optimisation des ressources disponibles au niveau du secteur public et privé. Cette formation doit se faire en concertation avec les concernés, dans une démarche de réalisation d'objectifs de santé publique. **Des modes de rémunération et de régulation doivent être mis en place afin de répondre à cette nouvelle organisation sanitaire.**

Renforcer les partenariats internationaux, le réseautage et les échanges dans la perspective d'une migration circulaire. A l'instar des programmes en cours avec quelques pays européens comme l'Allemagne et l'Italie, de nouveaux partenariats, doivent être envisagés avec la vision d'encourager la migration circulaire. En effet, les nouveaux partenariats devraient inclure des accords sur le recrutement responsable, la formation continue, des collaborations de recherche et le retour éventuel des professionnels de santé dans le pays. Les programmes d'échange permettent aux professionnels de santé de gagner de l'expérience à l'étranger tout en conservant des liens avec le pays. Cette expérience internationale peut être un atout pour l'amélioration des soins de santé en Tunisie à leur retour.

2. Mesures pour encourager le travail dans des institutions de renommée mondiale (Variable motrice 3)

Les pays étrangers offrent souvent des perspectives de carrière bien plus attrayantes, avec des salaires plus élevés, des opportunités de formation continue et de R&D, donc d'avancement professionnel et de prestige. Nos institutions de formation et de R&D devraient être accréditées et développées en vue d'assurer une formation et une recherche de renommée mondiale à travers de multiples partenariats.

Le renforcement de la coopération internationale permet de favoriser la coopération entre institutions de santé internationales, centres de recherche et hôpitaux universitaires, en facilitant les échanges de connaissances, de technologies et de meilleures pratiques permettant aux professionnels de santé d'accéder à une expertise mondiale et de contribuer à des projets de santé d'envergure. Le soutien à la participation à des missions humanitaires et à des projets de développement dans d'autres pays, contribueront aussi à une collaboration internationale bénéfique.

Le réseautage à travers des liens avec d'autres professionnels de santé, y compris des spécialistes et des chercheurs, peut aider à rester au courant des développements de l'industrie et à échanger des idées avec les pairs. Ce réseautage peut aussi se faire avec des partenaires privés ou avec des hôpitaux étrangers et constitue ainsi une ouverture sur l'étranger sans avoir à émigrer. Des conventions entre Ordres nationaux et étrangers pourraient aussi ouvrir des horizons d'exercice de la profession dans un cadre réglementé.

3. Mesures pour renforcer les formations et programmes de développement professionnel (Variable motrice 4).

L'absence d'une stratégie nationale de gestion des ressources humaines en santé a

pour conséquence les difficultés rencontrées par les structures sanitaires publiques (SSP), surtout celles de la 3^{ème} ligne, pour faire face aux besoins d'encadrement des stages pratiques. Ceci est dû au manque de formateurs, de maîtres de stage et d'encadreurs, lesquels, quand ils existent, ne sont pas toujours disponibles étant submergés par les activités de soins. A cela s'ajoute le grand nombre de stagiaires appartenant aux structures publiques auxquels s'ajoutent ceux du privé. A cela, il faut ajouter l'absence d'un organisme national chargé d'assurer l'organisation des formations et du DPC, leur suivi, leur évaluation, la régulation du système, la gestion des conflits d'intérêt et la certification/accréditation. Pour la formation et le développement des compétences, faute d'une formation de base et d'un DPC performants, le niveau des diplômés risque de baisser et de ne pas être en adéquation avec les besoins des marchés de l'emploi national et international en raison : (i) de l'absence d'une élaboration et mise à jour de la base de données sur les effectifs de RHS, (ii) la non adaptation des programmes de formation aux priorités du système national de santé (SNS), y compris pour les nouveaux métiers, les nouvelles pratiques et le marché extérieur, (iii) l'absence de prospection et de modélisation de l'évolution des effectifs et des qualifications des RHS, (iv) la non accréditation/certification des terrains de stage. Cette situation impacte la qualité des soins et de la R&D et démotive les professionnels les amenant à la migration.

Parmi les mesures préconisées citons :

- Adapter les contenus pédagogiques des formations aux évolutions des connaissances et des pratiques, en y intégrant la sécurité sanitaire ;
- Introduire les enseignements adéquats dans les curricula des professions paramédicales, sur la base d'une définition précise des objectifs et des modes de pratique de la santé de famille ;

168. Loi n°91-21 du 13 mars 1991 relative à l'exercice de la médecine ou de la médecine dentaire <http://www.atds.org.tn/JORTmars91L.pdf>

169. La médecine de famille n'existe ni comme spécialité (selon le décret 2019-341) ni comme « habilitation » (selon le décret 2011-4132) dans l'arrêté des qualifications. La révision dudit arrêté fixant les conditions et les règles de reconnaissance de la qualification des médecins en tant que « spécialistes » et de « compétents ». L'arrêté du Ministre de la santé (22 mai 2023, JORT n°55) est venu fixer les règles et les conditions de reconnaissance de la qualification des médecins et ajouter la spécialité « Médecine de Famille ».

- Assurer une formation des candidats potentiels aux langues étrangères pour soutenir l'exportation des services de santé ;
- Faciliter les formations des soignants en les prenant en charge financièrement et logistiquement ;
- Assurer une meilleure organisation des activités des terrains stages ;
- Concevoir et mettre en œuvre un mode de financement public, souple et flexible du DPC ;
- Accréditer et faire en sorte que ces formations accréditées permettent l'avancement des soignants dans leurs carrières.

Réviser les cursus et investir dans la formation continue et le développement professionnel continu afin de les adapter aux normes internationales (vieillesse, enfance, urgences, maladies mentales, obstétrique, etc.) ce qui peut contribuer à élever les normes et la qualité des soins de santé en Tunisie, d'une part, et à renforcer la confiance des professionnels envers le SNS.

Des programmes de formation avancés, tout en renforçant la formation dans les domaines des langues, de l'informatique, de la communication, des nouvelles technologies médicales, de l'éthique et de la gestion de la santé, peuvent aider les professionnels à acquérir de nouvelles compétences et à rester à jour avec les dernières avancées en santé, rendant ainsi leur travail plus gratifiant au plan intellectuel.

Parallèlement, il convient d'attribuer de nouvelles qualifications ou des compétences particulières pour les professionnels non migrants pour réduire l'écart et la disparité des ressources humaines, ainsi que pour atténuer les effets de la migration des médecins en particulier.

Promouvoir un environnement de recherche, développement et innovation (R&D-I) pour susciter l'intérêt des professionnels de santé. La R&D-I, peu financée, souvent fondamentale

ne tenant pas compte des priorités établies de la R&D en santé et excluant certains acteurs comme les acteurs de la 1ère ligne, se soucie peu de la valorisation de ses résultats, situation aggravée par la fuite de ses « cerveaux » et par les textes la gérant en cotutelle (MS et MESRS) dont, entre autres, l'absence d'un statut de chercheur.

Encourager la R&D-I en santé peut non seulement retenir les talents tunisiens, mais aussi attirer les expatriés à revenir. En effet, la création d'un environnement propice, en plus des incitations financières à la recherche, peut stimuler la croissance professionnelle, l'épanouissement, la participation active et l'expertise. Pour cela, il faut renforcer les programmes de subventions et de bourses destinées à encourager et soutenir les professionnels de santé dans leurs efforts de R&D-I et de création de startups en santé. Cette dimension internationale enrichira leurs perspectives et favorisera leur participation à des projets d'envergure mondiale.

Ériger des mécanismes de reconnaissance formelle et de distinctions honorifiques pour les professionnels de santé ayant apporté des contributions significatives à la santé et à la R&D-I encourageront leur engagement et contribueront à leur rétention.

Préparer les professionnels de santé aux nouveaux métiers de la santé. Avec l'évolution de la technologie, des millions d'emplois nouveaux articulés autour des technologies numériques appliquées au secteur de la santé vont être créés dans les années à venir. De nouvelles professions et l'émergence de nouveaux cadres vont attirer ces professionnels, l'hôpital n'étant plus le seul à attirer les services de santé. Ainsi, l'adaptabilité aux tendances du marché et des technologiques est indispensable pour anticiper les besoins en compétences et ajuster les stratégies de formation de base, de recrutement et de développement en conséquence.

L'État doit, non seulement prévoir, mais organiser les transformations des métiers et ne doit pas se contenter de réglementer et de certifier.

4. Mesures pour une meilleure qualité de vie (Variable motrice 6).

Le bien-être et l'amélioration de la qualité de vie sont des objectifs ultimes de toute personne, selon ses besoins.

Créer un environnement de vie favorable et attractif en investissant, en particulier dans les régions peu desservies, dans des infrastructures sociales telles que des logements de qualité et abordables, les transports, les infrastructures, les loisirs, et les services publics afin d'améliorer la qualité de vie de la population en général et partant des professionnels de santé.

Faciliter l'accès à un logement de qualité et à des installations appropriées, pour les zones géographiques éloignées ou mal desservies dans le but d'encourager la fixation et l'installation des citoyens dans ces régions.

Offrir des primes, et autres avantages complémentaires, comme par exemple, le remboursement de certains frais, la création de crèches pour la garde des enfants, etc., peut contribuer à retenir les professionnels.

Mettre en place un système de protection sociale robuste, y compris des assurances santé, peut aider à soulager les pressions financières sur les professionnels et à les retenir.

5. Mesures pour créer des perspectives de carrière. (Variable motrice 2).

Définir les statuts et des perspectives de carrière claires et attrayantes selon des critères transparents pour l'évolution peuvent être un atout important pour attirer et fidéliser les professionnels de santé. Des plans de développement de

carrière individuels avec l'accès à des rôles plus élevés au sein du domaine sanitaire et universitaire peuvent aider à fixer des objectifs et à tracer les parcours professionnels.

Établir des options de mobilité au sein du système de santé pour permettre aux professionnels de diversifier leurs expériences et de contribuer à différentes équipes et établissements.

Établir des plans de carrières bien rémunérés pour les chercheurs en créant de nouveaux métiers associés à la recherche pour favoriser, entre autres, leur rétention.

Encourager le partenariat entre les secteurs public et privé selon les objectifs de santé publique. En se référant à la Politique Nationale de Santé, le partenariat entre les secteurs permet d'offrir des opportunités de collaboration et de coordination entre les professionnels de santé. Ce partenariat doit se focaliser sur la réalisation des objectifs de santé publique définis avec des incitatifs correspondants et une régulation effective à travers l'application rigoureuse des textes existants relatifs, entre autres, à l'activité privée complémentaire (APC et APR).

6. Mesures pour améliorer les conditions de travail. (Variable motrice 5).

L'amélioration des conditions de travail est une préoccupation majeure pour les individus, les entreprises et les gouvernements, même si cette variable motrice arrive en 6ème position. Cela englobe un large éventail de domaines visant à encourager le développement professionnel et à créer un environnement de travail plus favorable, des charges gérables et un environnement sécurisé et favorable à des pratiques de qualité. Un environnement de travail positif et soutenant est essentiel pour retenir les professionnels de santé. Cela comprend des aspects tels qu'une gestion transparente, des ressources adéquates, une charge de travail rai-

sonnable, l'offre d'un soutien psychologique pour aider les professionnels de santé à gérer le stress inhérent à leur métier exigeant et la reconnaissance du travail accompli. Des enquêtes comme celle de Médecins Sans Frontières (MSF) mettent en évidence l'importance de la culture organisationnelle pour la rétention des professionnels de santé.

Assurer une meilleure reconnaissance professionnelle et valorisation. Attribuer aux professionnels de santé des certifications reconnues et des récompenses pour leurs contributions essentielles à la santé et leur implication dans les processus décisionnels afin de bénéficier de leurs idées et de leur expertise pour améliorer le système de santé. **L'offre d'opportunité de prendre des responsabilités de leadership en assumant des rôles de chef d'équipe médicale, de superviseur de résidents ou de participation à des comités hospitaliers peuvent stimuler la motivation et la satisfaction au travail et favoriser la reconnaissance et le sentiment d'appartenance.**

Mettre à la disposition un meilleur cadre de travail en termes de garantie de la sécurité personnelle, d'infrastructures, d'équipements, de disponibilité des médicaments et de dispositifs médicaux, etc. Le renforcement des conditions de travail en termes d'infrastructures et d'équipements, ainsi que la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux permettent de donner aux professionnels de santé les moyens indispensables pour assurer leur exercice de service de santé, avec la qualité. Ceci permet de garantir à la fois la sécurité des usagers et des professionnels de santé.

7. Mesures pour améliorer les salaires. (Variable motrice 1).

Parmi les raisons citées de la migration des professionnels de santé figurent le manque de compétitivité en Tunisie. Développer des systèmes de

rémunération concurrentiels, attractifs et compétitifs en incluant des primes de performance et des avantages financiers attrayants pour reconnaître et récompenser les efforts exceptionnels de certains professionnels de santé, peuvent encourager les professionnels à rester sur place. **Des études, dont celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soulignent l'importance de la rémunération et des avantages sociaux pour réduire la migration de ceux qui cherchent à améliorer leur situation financière.**

Ces différentes mesures nécessitent, bien évidemment, des ressources budgétaires supplémentaires de l'État.

III.3. Encourager le retour des professionnels de santé

Il est important de mettre en place des incitations pour encourager les professionnels de santé tunisiens à revenir dans leur pays d'origine après avoir acquis de l'expérience à l'étranger. Cela peut inclure des programmes de retour volontaire, des incitations financières et des opportunités de leadership et de participation à la prise de décision dans le système de santé. L'établissement de partenariats et de conventions avec d'autres pays et organisations internationales peut aider à développer la migration circulaire, entre autres, comme solutions à long terme à ce problème.

En conclusion. Il faut chercher tout d'abord à comprendre puis à trouver des solutions et à agir ensemble dans une approche multisectorielle. Ministères, Ordres, syndicats, CNAM et société civile devront s'y atteler. L'État reste un acteur clé pour légiférer, gouverner et réguler.

Tableau 20 : Plan d'actions (Orientations stratégiques et mesures opérationnelles par variable motrice)

PLAN D' ACTIONS				
Désignation de la variable	Orientations stratégiques	Mesure opérationnelle	Parties Prenantes	
V9 Instabilité économique, sociale et politique en Tunisie	Accélérer l'opérationnalisation de la Politique Nationale de Santé. Anticiper les besoins futurs et répondre aux besoins du SNS et du marché de l'emploi interne et externe.	Mettre en œuvre le Plan triennal 2023-2025 et la PNS Horizon 2030 du DS2.	2030	
		Mettre en place l'Observatoire des ressources humaines en santé.	2025	
	Instaurer une gouvernance efficace de la migration.	Établir une stratégie statistique institutionnelle dans tous les secteurs pour améliorer les sources de données disponibles sur les flux migratoires.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive.	2025
		Développer un ensemble d'indicateurs pertinents permettant de renforcer le système d'information tunisien sur la migration pour établir des politiques et stratégies de la migration plus rationnelles.	2025	
	Allouer des ressources financières adéquates.	Augmenter de 0,5% par an la part du budget du MS dans le budget de l'État de 2023 à 2030 pour atteindre 8,5%.	2030	
		Comblent progressivement le déficit en médecins spécialistes des hôpitaux régionaux (HR) en concentrant l'attention sur les HR des chefs-lieux de gouvernorat.	MS, MF	
	Réorganiser l'offre des services de santé.	Mettre en œuvre et accélérer le processus de certification et d'accréditation des structures sanitaires par l'INEAS.	MS	2028

PLAN D' ACTIONS

Désignation de la variable	Orientation stratégique	Mesure opérationnelle	Parties Prenantes	Année
		Réactiver les organes consultatifs, prévus par la loi relative à l'organisation sanitaire.		2024
		Assurer la complémentarité et l'équité entre secteurs public et privé.	MS, Ordres, CNAM	2028
	Encourager l'engagement communautaire et la sensibilisation pour renforcer le sentiment d'appartenance.	Créer un climat propice au travail, au dialogue et à la confiance et développer le sentiment d'appartenance.	MS, Société civile.	2024
	Promouvoir les activités porteuses en santé et bien-être et dynamiser l'exportation des services en assurant la régulation	Créer des opportunités pour les professionnels en attirant les IDE et IDN dans les domaines émergents de la santé.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive. Société civile.	2025
	Achever réviser et publier les textes juridiques relatifs à l'exercice.	Revoir la loi 91-21 relative à l'exercice de la médecine en Tunisie.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive.	2025
		Réviser le texte relatif à l'exercice de la médecine de famille dans les deux secteurs de prestations et adapter l'exercice des médecins généralistes existants aux standards de la santé de famille.	MS, MESRS, MAS, Professionnels, CNOM	2024

PLAN D' ACTIONS

Désignation de la variable	Orientation stratégique	Mesure opérationnelle	Parties Prenantes	Année
		Faire aboutir le projet de loi initié depuis 2016, relatif à la responsabilité médicale et les droits des patients.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive.	2024
		Concevoir et mettre en application un cadre juridique et institutionnel de régulation du partenariat public-privé.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive, Acteurs concernés.	2024
V3	Offrir des perspectives de carrière attrayantes, avec des salaires plus élevés, des opportunités de formation continue et la possibilité de faire de la recherche et d'avancer au plan professionnel.	Accréditer et développer les institutions de formation et de R&D en vue d'assurer une formation et une R&D-I de renommée mondiale à travers de multiples partenariats.	MS ; MESRS .	2030
		Adapter les contenus pédagogiques des formations aux évolutions des connaissances et des pratiques sur la base d'une définition précise des objectifs et des modes de pratique de la santé de famille.	MESRS, MS .	2026
V4	Formation et développement de compétence	Assurer une formation des candidats potentiels aux langues étrangères pour soutenir l'exportation des services de santé.	MS, MESRS.	2025
	Investir dans la formation continue et le DPC.	Faciliter les formations des professionnels de santé en les prenant en charge financièrement et logistiquement.	MS, MESRS, MF .	2025

PLAN D' ACTIONS

Désignation de la variable	Orientation stratégique	Mesure opérationnelle	Parties Prenantes	Année
		Assurer une meilleure organisation des activités des terrains stages.	MS .	2024
		Concevoir et mettre en œuvre un mode de financement public souple et flexible du DPC.	MS, MF.	2024
		Accréditer et faire en sorte que ces formations accréditées permettent l'avancement des professionnels de santé dans leurs carrières.	MS, MESRS, MF.	2025
		Réorienter les thématiques de la R&D-I dans le respect des priorités nationales en favorisant la recherche opérationnelle et la recherche-action.	MS, MESRS.	2025
	Promouvoir un environnement de recherche, développement et innovation (R&D-I).	Augmenter progressivement la part du budget de la recherche à l'échelle nationale pour l'établir à 1.25% du PIB en 2030 et diversifier ses sources de financement.	MESRS, MS.	2030
		Renforcer les programmes de subventions et de bourses destinées à encourager et soutenir les professionnels de santé dans leurs efforts de R&D-I et de création de startups en santé.	MS, MESRS.	2025
	Ériger des mécanismes de reconnaissance formelle et de distinctions honorifiques pour les professionnels de santé ayant apporté des contributions significatives à la santé et à la R&D-I.	Constituer des comités transparents composés de personnes sources en santé pour sélectionner les candidatures selon des critères objectifs.		2025

PLAN D' ACTIONS

Désignation de la variable	Orientation stratégique	Mesure opérationnelle	Parties Prenantes	Année
	Préparer les professionnels de santé aux nouveaux métiers de la santé.	Anticiper, intégrer et organiser de nouveaux métiers pour suivre l'évolution du secteur de la santé, notamment ceux en rapport avec la gestion, l'ingénierie et l'informatique.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive.	2026
	Créer un environnement de vie favorable.	Investir dans des infrastructures sociales telles que les transports, les services publics, etc. Mettre à disposition, surtout, pour les zones géographiques éloignées ou mal desservies des logements décentes et des infrastructures de loisirs et d'enseignements pour les familles.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive.	2030
V6	Qualité de vie	Mettre en place un système de protection sociale robuste. Offrir des primes et autres avantages complémentaires.	MS, MAS	2026
	Assurer des charges de travail et des horaires de travail gérables.	Assurer le nombre de professionnels pour un partage équitable et supportable du travail.	MS, MF	2025
V2	Perspectives de carrière plus prometteuses	Définir les statuts avec des perspectives de carrière claires, attrayantes et bien rémunérées, un atout pour attirer et fidéliser les RHS.	MS, MESRS, MF MS, MESRS, Fonction publique	2025

PLAN D' ACTIONS

Désignation de la variable	Orientation stratégique	Mesure opérationnelle	Parties Prenantes	Année
		Faire des entretiens d'embauche et des échelles psychométriques pour vérifier les habilités des candidats.		2025
		Elaborer une politique nationale des RHS avec des stratégies de renforcement tenant compte des avantages comparés, des besoins objectifs et des impératifs de l'accès universel à des services de qualité.	MS.	2026
		Adopter des normes et des critères pour le déploiement des RHS entre les secteurs public et privé, entre les régions, entre les spécialités et entre les structures de prestation des soins.	MS, MF.	2026
		Appliquer les normes requises en personnel et le droit du travail dans le secteur.	MS, MF, Fonction publique.	2025
		Développer la culture organisationnelle et le leadership professionnel pour agir sur la performance des RHS.	MS.	2025
		Réviser les modalités et procédures de mutation des RHS pour assurer une stabilisation minimale.	MS, Fonction publique.	2025
	Établir des options de mobilité au sein du système de santé.	Explorer des opportunités d'emploi des RHS dans les autres secteurs économiques.	État dans ses composantes législative, réglementaire et exécutive.	2025

PLAN D' ACTIONS

Désignation de la variable	Orientation stratégique	Mesure opérationnelle	Parties Prenantes	Année
	Établir des plans de carrières bien rémunérés pour les chercheurs.	Définir le statut de chercheur.	MESRS.	2025
	Encourager le partenariat entre les secteurs public et privé selon les objectifs de santé publique.	Créer de nouveaux métiers associés à la recherche.	MS, MESRS.	2026
	Assurer une meilleure reconnaissance professionnelle et valorisation.	Adapter les compétences et les profils de postes aux besoins de la population.	MS.	2026
V5 Meilleures conditions de travail	Mettre à la disposition un meilleur cadre de travail.	Constituer des comités transparents composés de personnes sources en santé pour sélectionner les candidatures selon des critères objectifs.		2025
		Garantir la sécurité personnelle lors de l'exercice.		2025
		Assurer des locaux et des équipements médico-techniques adaptés aux besoins ainsi que la disponibilité des médicaments et des dispositifs médicaux.	MS.	2030
		Généraliser, à tous les HU et HR, la numérisation inter-services et le DMI pour réduire la charge de travail de certaines catégories professionnelles.		2025
V1 Salaire plus élevé	Évaluer et réviser les discriminations salariales positives pour exercer dans les régions prioritaires.	Rémunérer convenablement les gardes et donner une indemnité consistante aux zones prioritaires.	MS, MF.	2025
		Réguler l'APR.	MS.	2026

PLAN D' ACTIONS

Année	Parties Prenantes	Mesure opérationnelle	Orientation stratégique	Désignation de la variable
2025	MS, MF.	Pratiquer l'APC uniquement à l'hôpital.	Évaluer et réviser les modes d'exercice en activité privée complémentaire (APC) des médecins du secteur public.	
2025	MS.	Sanctionner les dérives et comportements déviant.		
2026	État dans ses composantes législatives, réglementaire et exécutive.	Augmenter les salaires des assistants, des Maîtres de conférences agrégés, des professeurs et des chefs de services.	Assurer un niveau de rémunération adéquat, variable en fonction de la lourdeur des charges de certaines professions en fonction des performances individuelles et celles des équipes et en fonction de l'atteinte des objectifs de santé publique assignés.	
2025	MS.	Evaluer et récompenser l'effort selon une grille et réviser le système des primes de rendement.		

La Tunisie, à l'instar d'autres pays, fait face à des défis complexes, notamment l'instabilité économique, sociale et politique, qui a un impact significatif sur, entre autres secteurs, celui de la santé. Parmi les conséquences majeures de ces défis, figure la migration des professionnels de santé qualifiés à la recherche de meilleures opportunités à l'étranger. **Ceci occasionne une « perte » de ces professionnels constituant un enjeu majeur, tant sur le plan économique que sur celui de la qualité des services de santé offerts aux citoyens avec le risque de répercussions significatives sur tout le système national de santé pouvant aller jusqu'à mettre en jeu sa viabilité.**

Les chiffres décrits par d'autres pays, confrontés à des défis similaires à ceux de la Tunisie, illustrent bien l'ampleur de la migration de ces professionnels dans ces pays. **Comparativement, les chiffres de la Tunisie montrent une migration moindre. Mais, bien que cette migration ne soit pas aussi massive, le flux migratoire reste un défi important pour le système de santé tunisien.**

Dans la présente étude, ayant pour thème « La migration des professionnels de santé : défis pour le système de santé tunisien ? », nous avons procédé à une analyse des principales raisons de la migration et de ses impacts potentiels sur le système national de santé. En l'absence d'une stratégie statistique institutionnelle dans tous les secteurs, les chiffres demeurent un obstacle pour mettre en place des politiques publiques efficaces et crédibles, ayant un effet positif et applicable en Tunisie. Dans le cadre de notre analyse, et pour dépasser cette problématique majeure, nous avons pu quantifier des données crédibles, malgré leur rareté, en nous appuyant sur des thèses de doctorat sur les intentions d'émigration ainsi que des recherches, des études et des articles sur ce phénomène chez les professionnels de santé qui ont émigré tant dans le cadre de la mobilité institutionnelle qu'individuelle.

A la fin, partant des constats faits, nous nous sommes attelés à construire :

- une vision à l'horizon 2030 à partir de sept variables motrices motivant la migration des professionnels de santé tunisiens,
- et un plan d'actions exprimé sous forme de près de 50 mesures opérationnelles permettant la mise en œuvre des orientations stratégiques, dans l'objectif d'une atténuation de ce flux migratoire à l'horizon 2030. Le plan d'actions proposé s'inscrit dans une démarche plurisectorielle consistant à combiner plusieurs actions pour assurer de meilleures qualités des soins et une meilleure viabilité du système national de santé.

L'analyse des raisons de cette migration montre que ce phénomène est complexe et étroitement lié à l'instabilité économique, sociale et politique qu'a connue la Tunisie ces dernières années. Cette instabilité a conduit à une tendance haussière de la migration des professionnels de santé qualifiés. Les pressions économiques, le déficit en infrastructures de santé, l'insécurité sociale et professionnelle sont autant de facteurs qui ont aggravé et justifié cette tendance préoccupante. A ces raisons s'ajoutent de multiples autres facteurs tels que les opportunités professionnelles limitées, les salaires peu attractifs, les conditions de travail difficiles, le manque d'équipements médicaux, en passant par des problèmes de conditions de vie et de travail (cf. variables motrices).

Cette migration a un effet domino sur le système de santé tunisien qui se débat déjà contre le manque de personnel qualifié. Si cette migration se poursuit au rythme actuel, elle pourrait avoir des conséquences graves sur le système de santé, qui perd, ainsi, certains de ses meilleurs professionnels aggravant le déséquilibre régional. Revers de la médaille, les migrants tunisiens font rentrer des devises, acquièrent des connaissances et de l'expertise et véhiculent une image positive du pays.

Pour circonscrire ce phénomène et retenir les professionnels en Tunisie, il est essentiel de s'attacher aux causes profondes de l'instabilité et de mettre en place des réformes à la fois structurelles et conjoncturelles pour renforcer le système national de santé et garantir des soins de qualité pour la population. Pour cela, il est essentiel que le gouvernement s'engage à investir davantage dans le secteur de la santé en vue d'améliorer les conditions de travail des professionnels de santé, de créer un environnement plus stable et plus sécurisé propice au développement de carrière dans le secteur, d'offrir des salaires attractifs encourageant ces professionnels à rester sur place et de favoriser la migration circulaire.

La stratégie de rétention doit être abordée dans un contexte de mondialisation croissante où la dimension politique se heurte aux aspirations des personnes à une vie meilleure via la migration. Pour y parvenir, en ces temps de crise, il conviendrait de renforcer l'autorité de l'Etat en tant qu'acteur principal. Le gouvernement devra s'attaquer aux enjeux de fond dans le cadre d'une approche holistique et intégrée, en adoptant des politiques à court et moyen termes visant à améliorer la gouvernance, à consolider les institutions, à réformer l'administration, à lutter contre la corruption, à renforcer la qualité des services de santé rendus à la population, en plus d'autres mesures spécifiques déjà passées en revue. D'où la nécessité vitale et urgente d'une vision fédératrice et mobilisatrice des forces vives pour introduire de la lisibilité quant à l'avenir à travers des politiques publiques fondées sur

la prospective, conjuguant l'exigence du court terme et les impératifs du moyen terme. En ce sens, des réformes structurelles permettraient de réduire la migration des professionnels de santé à travers l'atténuation de certains facteurs d'instabilité et le renforcement du système national de santé afin qu'il soit en mesure de retenir ses meilleurs professionnels via la mise en place d'un écosystème global répondant à leurs aspirations. Ces mesures, associées à celles contenues dans le plan d'actions, sont nécessaires pour renforcer le système national de santé, retenir ses professionnels et renforcer ses capacités de résilience. Elles constituent des leviers pour la mise en œuvre d'une PNS à long terme suivant une approche progressive mais déterminée.

Ainsi, la période à venir nécessitera une volonté politique ferme, des engagements concrets et une capacité d'adaptation de l'appareil de l'Etat pour répondre aux besoins du secteur de la santé qui doit être pensé comme un investissement et non comme un fardeau de dépenses. Pour cela, il faut chercher à trouver les solutions et à agir ensemble pour les concrétiser. Ministères, Ordres, syndicats, CNAM et société civile devront s'y atteler. Il faudrait restaurer la confiance entre le citoyen et le soignant et revenir à l'adage « une confiance face à une conscience » et non une méfiance réciproque entre médecin et citoyen.

Le pays sera gagnant sur trois volets : offrir de meilleurs services de santé, retenir ses professionnels et assurer le développement socio-économique.

Annexe 1. Questionnaire auprès des résidents en médecine

➤ **Données personnelles**

- Année de naissance :
- Sexe : Masculin Féminin
- Situation familiale : Célibataire Marié(e) Autre :
- Des personnes à charge : Oui (parents, enfants...) Non

➤ **Données académiques**

- Faculté référente Monastir Sousse Sfax Tunis Autre :
- Spécialité : Médicale Chirurgicale Préciser :
- Année de réussite au concours de résidanat :
- Pourquoi avez-vous choisi votre spécialité Imposée par le rang Ma spécialité de prédilection Perspective professionnelle intéressante Bon revenu dans le futur Convoitée à l'étranger Autre raison à préciser

- Comptez-vous changer de spécialité dans le futur ? Non Je ne sais pas
- Avez-vous effectué un stage à l'étranger durant votre cursus ? OUI Non

➤ **Condition de travail et de formation** : en vous basant sur votre expérience durant le résidanat et l'internat :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
Je suis satisfait du salaire que je perçois.					
La charge de travail vécue au quotidien a un impact négatif sur ma santé physique et psychologique					
Je me sens en sécurité dans mon lieu de travail					
J'entretiens une bonne relation avec le personnel médical et paramédical.					
La formation académique et pratique de ma spécialité répond à mes besoins.					
La qualité des soins prodigués aux patients répond à leurs attentes.					
Ma vie professionnelle étouffe ma vie privée					

➤ **Plan de carrière**

Avez-vous l'intention d'émigrer

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

Si vous avez pris la décision d'émigrer, quelle est la durée estimée du séjour à l'étranger :

- Pas de préférence / ouverte
- Périodiquement
- Quelques mois
- Quelques années
- Départ définitif / permanent
- Ne s'applique

Quelle est votre principale source d'information concernant les modalités d'émigration

- Le web (sites officiels)
- Les réseaux sociaux (groupe dédié à l'émigration, groupe de médecins...)
- Des confrères installés à l'étranger
- Autre :
- Ne s'applique pas

Concernant votre famille

- Ils m'encouragent pour émigrer
- Ils sont contre l'idée d'émigrer mais je suis libre de choisir
- Ils m'interdisent de partir
- Ils sont neutres (ni pour ni contre)
- Ne s'applique pas

Avez-vous été encouragé(e) par vos seniors à émigrer

- Oui
- Non

Si vous décidez de rester en Tunisie quel serait votre choix de carrière

- Médecin de pratique libérale
- Médecin hospitalo-universitaire
- Médecin de la santé publique
- Reconversion professionnelle
- Délégué médical
- Je ne sais pas
- Ne s'applique pas, je vais émigrer.
- Autre :

➤ **Décision d'émigrer : facteurs favorisants et décourageants**

Parmi les énoncés ci-dessous quelle est la **première cause** qui puisse influencer votre décision d'émigrer

- Raisons économiques
- Raisons professionnelles
- Raisons académiques
- Raisons familiales
- Situation actuelle du pays
- Problèmes de santé
- Ne s'applique pas
- Autre :

Quelle est la destination qui puisse vous intéresser le plus :

- La France
- L'Allemagne
- Autre pays de l'Union Européen : citer :
- Les pays du golfe
- L'Amérique du nord (USA et Canada)
- Ne s'applique pas
- Autre :

Comptez-vous changer de pays ultérieurement

- Oui
- Non

	Très décourageant à l'émigration	Plutôt décourageant à l'émigration	Ni décourageant ni encourageant à l'émigration	Plutôt encourageant à l'émigration
Le salaire offert dans le pays accueillant				
Les perspectives professionnelles en Tunisie				
Les horaires de travail dans le pays accueillant				
Les conditions d'exercice de la médecine en Tunisie				
Les conditions d'exercice de la médecine dans le pays de destination				
La qualité de vie en Tunisie				
La qualité de vie dans le pays de destination				
Les traditions en Tunisie				
Les traditions dans le pays accueillant				
L'attachement à la famille				
La discrimination dans le pays de destination				
Votre capacité d'intégration et d'adaptation				
Avoir et élever des enfants dans le pays accueillant				
La pratique de votre religion/ vos croyances dans le pays accueillant				
La situation actuelle politique en Tunisie				
La situation actuelle politique du pays accueillant				
Le respect des libertés dans le pays accueillant				
Les procédures d'émigration : papier, visa...				
Passer un examen ou un concours d'équivalence				

Annexe 2. Questionnaire de type Delphi auprès des médecins à l'étranger et auprès des professionnels de santé tunisiens

Ce questionnaire est totalement anonyme.

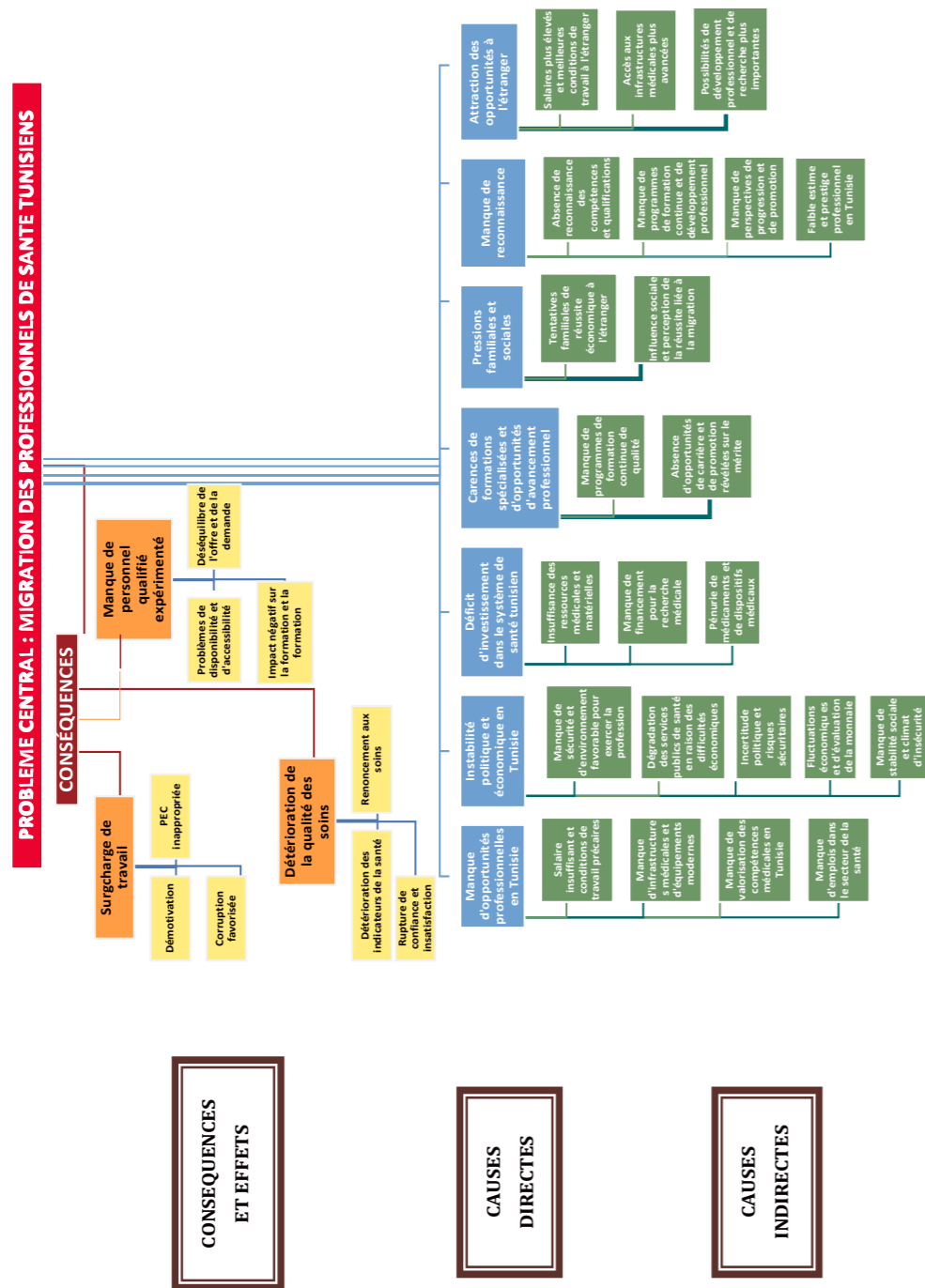
Médecin
Pharmacien
Paramédical
Genre : Masculin Féminin

Causes de la migration	Classement de 1 à 10
Salaires plus élevés	
Perspectives de carrière plus prometteuses	
Possibilité de travailler dans des institutions de renommée mondiale	
Formation et développement de compétence	
Conditions de travail	
Qualité de vie (charge de travail, les horaires de travail, les avantages sociaux, l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée)	
Raisons personnelles (recherche d'un meilleur environnement pour élever des enfants ou volonté de vivre dans un endroit spécifique pour des raisons culturelles ou de qualité de vie)	
Regroupement familial	
Instabilité économique, sociale et politique en Tunisie	
Désir de voyager	
Autre : préciser	

Annexe 3. Analyse SWOT de la migration des professionnels de santé tunisiens

<p>Force :</p> <ol style="list-style-type: none"> Compétences médicales de haute qualité : les professionnels de santé tunisiens bénéficient d'une formation médicale solide et sont souvent reconnus pour leurs compétences et leurs connaissances approfondies dans leur domaine. Capacités linguistiques : de nombreux professionnels de santé tunisiens sont bilingues, voire trilingues, ce qui facilite leur intégration dans des pays étrangers où différentes langues sont parlées. Adaptabilité : les professionnels de santé tunisiens sont souvent réputés pour leur capacité à s'adapter rapidement à de nouveaux environnements de travail et à fournir des soins de qualité. 	<p>Faiblesse :</p> <ol style="list-style-type: none"> « Exode des cerveaux » : la migration des professionnels de santé tunisiens entraîne une perte de ressources humaines qualifiées pour le système de santé, ce qui peut créer des pénuries de personnel et affecter la qualité des soins de santé locaux. Charge de travail accrue : les professionnels de santé restant en Tunisie peuvent se retrouver avec une charge de travail plus importante en raison de la diminution du nombre de praticiens, ce qui peut entraîner une fatigue et un épuisement professionnel. Manque d'opportunités : certains professionnels de santé tunisiens migrent en raison du manque d'opportunités d'emploi satisfaisantes dans leur pays d'origine. Cela souligne un problème plus large lié à la rémunération et aux conditions de travail dans le secteur de la santé en Tunisie. Déficience des infrastructures de santé : la migration des professionnels de santé souligne également les lacunes des infrastructures de santé en Tunisie, notamment le manque d'équipements médicaux modernes et d'installations adéquates.
<p>Opportunité :</p> <ol style="list-style-type: none"> Transfert de connaissances : les professionnels de santé tunisiens qui migrent vers d'autres pays peuvent acquérir de nouvelles compétences et connaissances qu'ils peuvent ensuite partager avec leurs pairs en Tunisie, contribuant ainsi à l'amélioration des pratiques médicales locales, explorer de nouvelles pratiques médicales et d'élargir leurs horizons professionnels. Enrichissement économique : la migration des professionnels de santé peut entraîner un flux de devises étrangères lorsqu'ils envoient des fonds à leur famille en Tunisie, contribuant ainsi à l'économie nationale. Collaboration internationale : la migration des professionnels de santé tunisiens peut faciliter la collaboration avec des experts étrangers, des institutions et des organisations internationales, ouvrant ainsi la voie à des partenariats bénéfiques pour le système de santé tunisien. Enrichissement culturel : la migration des professionnels de santé tunisiens peut contribuer à un échange culturel et à une diversité accrue dans le domaine de la santé, ce qui peut améliorer la compréhension interculturelle et les pratiques médicales. 	<p>Menace :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pénurie de professionnels de santé : la migration des professionnels de santé tunisiens peut aggraver la pénurie déjà existante de professionnels de santé dans le pays, ce qui peut entraîner une surcharge de travail pour ceux qui restent. Impact sur le système de santé : la migration des professionnels de santé peut mettre en péril la capacité du système de santé tunisien à fournir des soins adéquats à sa population, en particulier dans les régions rurales et moins développées. Dépendance accrue envers les travailleurs étrangers : la migration des professionnels de santé tunisiens peut rendre le pays dépendant de travailleurs étrangers pour combler les lacunes laissées par le départ des praticiens locaux. Perte de ressources financières : la formation médicale des professionnels de santé tunisiens est souvent subventionnée par l'Etat, et leur migration peut entraîner une perte de l'investissement financier dans leur éducation. Déséquilibre régional : la migration des professionnels de santé tunisiens peut entraîner un déséquilibre entre les régions du pays, où certaines zones peuvent être plus touchées par la pénurie de personnel médical que d'autres.

Annexe 4. Arbre à problèmes de la migration des professionnels de santé tunisiens



Abréviations et acronymes

- APC : Activité Privée Complémentaire
- APR : Activité Privée dans les Régions
- ATCT : Agence Tunisienne de Coopération Technique
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
- CSU : Couverture Santé Universelle
- DPC : Développement Professionnel Continu
- HR : Hôpital Régional
- IACE : Institut Arabe des Chefs d'Entreprise
- IMS : Institut des Métiers de Santé
- MAS : Ministère des Affaires Sociales
- MF : Ministère des Finances
- MS : Ministère de la Santé
- MESRS : Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
- OCDE : Organisation de la Coopération et du Développement Économique
- ONM : Observatoire National de la Migration
- OIM : Organisation Internationale de la Migration
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- OTE : Office des Tunisiens à l'Étranger
- SSP : Structure Sanitaire Publique

Liste des tableaux

Tableau 1	: Densité de médecins spécialistes par 10 mille habitants – 2021	24
Tableau 2	: Distribution des Coopérants dans le domaine de la santé par pays - 2022	29
Tableau 3	: Nombre des recrutés en «personnels de santé» par groupe de pays	30
Tableau 4	: Nombre des médecins spécialistes recrutés par groupe de pays	30
Tableau 5	: Nombre des médecins généralistes recrutés par groupe de pays	31
Tableau 6	: Taux d'émigration des médecins exerçant dans les pays de l'OCDE en 2015/2016	37
Tableau 7	: Taux de migration de la population hautement qualifiée dans les pays africains	38
Tableau 8	: Manque de professionnels à l'horizon 2030	43
Tableau 9	: Les raisons de la migration des professionnels de santé	46
Tableau 10	: Facteurs pour l'intention de la migration des résidents en médecine de famille	52
Tableau 11	: Raisons motivant la migration des professionnels de santé en Tunisie	54
Tableau 12	: Matrice des variables croisées à l'ordre 1 des raisons de la migration des professionnels de santé en fonction des relations de sens	54
Tableau 13	: Résultats selon les coefficients de pondération issus du traitement par un logiciel de calcul matriciel	55
Tableau 14	: Coefficients de pondération issus du traitement par un logiciel matriciel du plus important au moins important	56
Tableau 15	: Liste des variables motrices conditionnant l'avenir de la migration des professionnels de santé tunisien à l'horizon 2030	57

Tableau 16	: Coût total annuel de l'émigration des médecins, par pays	58
Tableau 17	: Exemples de question politiques	63
Tableau 18	: Questions pour le suivi	63
Tableau 19	: Exemples d'actions pour orienter la migration	64
Tableau 20	: Plan d'actions (Orientations stratégiques et mesures opérationnelles par variable motrice)	73

Liste des Figures

Figure 1	: Offre des Services de Santé en Tunisie	14
Figure 2	: Les choix stratégiques et les clés pour la réussite de la PNS	16
Figure 3	: Évolution du nombre des étudiants et des diplômés en doctorat de médecine, médecine dentaire et pharmacie	18
Figure 4	: Évolution du nombre des demandes d'équivalence	18
Figure 5	: Evolution du nombre des étudiants en Licence «santé» par secteur	19
Figure 6	: Évolution du nombre des professionnels de santé en Exercice	20
Figure 7	: Évolution du nombre des migrants	25
Figure 8	: Distribution des migrants selon le niveau d'instruction	26
Figure 9	: Distribution des coopérants par groupe de pays	27
Figure 10	: Évolution du nombre des coopérants par indice 100	27
Figure 11	: Évolution du nombre des recrutés par catégorie	28
Figure 12	: Évolution du nombre des recrutés par groupe de pays de destination	28
Figure 13	: Répartition des recrutés par catégorie d'activité et par pays en 2022	29
Figure 14	: Nombre des recrutés par catégorie d'activité et par genre en 2021	31
Figure 15	: Répartition des médecins tunisiens en Allemagne.2022	32
Figure 16	: Nombre des médecins tunisiens émigrés en Allemagne	32
Figure 17	: Évolution du nombre des certificats de Bonne Conduite de l'exercice de médecine	33
Figure 18	: Évolution du nombre de demandes de radiation de l'exercice de médecine en Tunisie	34
Figure 19	: Évolution du nombre des candidats tunisiens aux épreuves de vérification de connaissance en France	34
Figure 20	: Nombre des lauréats du concours EVC 2020 par spécialité	35
Figure 21	: Facteurs influents la migration.	41
Figure 22	: Hiérarchisation des raisons	41
Figure 23	: Couverture par médecins et croissance économique-	42
Figure 24	: Distribution des répondants au questionnaire	47
Figure 25	: Fréquence des raisons de la migration	47
Figure 26	: Raisons de départ des infirmiers et des sage-femmes	49
Figure 27	: Intention de migration des résidents en médecine par spécialités	50
Figure 28	: Nombre des résidents ayant l'intention de migrer par spécialités	51
Figure 29	: Facteurs pour l'intention de migration des résidents des différentes spécialités.	51
Figure 30	: Raisons de retour potentiel en Tunisie	53

Liste des Cartes

Carte 1	: Densité des médecins généralistes par 10 mille habitants	22
Carte 2	: Densité des médecins spécialistes par 10 mille habitants	22
Carte 3	: Répartition des officines par 10 mille habitants	23
Carte 4	: Répartition des IRM et des salles de Cathétérisme Cardiaque	23

Liste des Box

Box 1	: Concepts liés à la migration	13
Box 2	: Exemples de théories sur la migration	40
Box 3	: Résumé du code pratique mondiale sur le recrutement international des personnels de santé- OMS 2010	62

INSTITUT TUNISIEN DES ETUDES STRATEGIQUES

Think tank Tunisien d'envergure par ses aires de recherches diversifiées, l'ITES traite les questions stratégiques sur le devenir du pays dans leurs multiples dimensions. Instrument d'aide à la décision publique, il se positionne de manière singulière au niveau national au cœur des enjeux politiques, économiques et sociaux du pays.

Les travaux de l'Institut visent à mettre l'accent sur les politiques publiques de demain afin de faciliter la prise de décisions en matière de réforme de fond qu'appelle le processus démocratique dans lequel notre pays s'est engagé.

Espace de réflexion pluridisciplinaire, forum d'échange et de débat, l'ITES tend vers une influence globale dédiée au développement, à la coopération ainsi qu'à la promotion d'un engagement actif de la Tunisie sur la scène nationale et internationale.



المعهد التونسي للدراسات الاستراتيجية
INSTITUT TUNISIEN DES ÉTUDES STRATÉGIQUES

IT E S