AfDB

2013
www.afdb.org

Note Économique

CONTENU

Introduction p.1

1. Le décollage du commerce international de services de santé et des exportations du Sud p.3

2. La demande internationale potentielle p.8

3. Enjeux et impact des exportations de services de santé p.15

4. Perspectives p.19

Conclusion p.22

Synthese des conclusions et recommandations p.23

Références p.25

Zondo Sakala
Vice Président ORVP
z.sakala@afdb.org

Jacob Kolster
Directeur ORNA
j.kolster@afdb.org
+216 7110 2065

Nono Matondo-Fundani
Directeur ORNB
f.matondo@afdb.org
+216 7110 2054

Le développement des échanges internationaux de services de santé : Perspectives des exportations en Afrique du nord

Messages clés

- Le commerce international de services de santé augmente rapidement depuis la fin des années 1990. Son poids dans le total mondial de services de tourisme est passé de 1,2 % en 1997 à 1,5 % en 2010.
- Dans la région Méditerranéenne, des stratégies explicites de promotion de ces exportations sont mises en œuvre par des acteurs privés (Maroc, Liban, Egypte, Tunisie, Turquie) et par les pouvoirs publics (Jordanie, Tunisie).
- Alors que la complémentarité économique entre la demande européenne et l'offre du Sud de la Méditerranée est forte, les flux commerciaux sont orientés dans le sens Sud-Sud.
- A moyen terme, la compétitivité internationale du secteur de la santé offre des opportunités de consolidation du secteur du tourisme et/ou de diversification de l'offre touristique vers des prestations de bien-être, qui attirent une part croissante de la demande européenne
- L'essentiel de la demande européenne de soins demeure néanmoins hors de portée des prestataires d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. Cependant, il n'est pas démontré que la barrière institutionnelle que représente l'actuelle non-portabilité de l'assurance-maladie constitue la cause majeure de la modestie du commerce Nord-Sud dans la région. Il existe en effet d'autres freins majeurs au déplacement international des patients qui proviennent surtout de la spécificité des couts de transaction dans le domaine de la santé.

Introduction

L'accélération de la croissance et de la création d'emploi est un enjeu majeur pour les pays d'Afrique du Nord (AFN), qui sont confrontés à une augmentation rapide de leur population active. La prépondérance du textile-habillement, et de la sous-traitance automobile au Maghreb, dans les structures industrielles et l'absence de spécialisation manufacturière alternative constituent des facteurs de fragilité. Dans ce contexte, de nouveaux secteurs de

Ce rapport a été préparé par Marc Lautier (Maitre de conférences, Université Paris 13 - CEPN (Centre d'Economie de Paris Nord) - CNRS) sous la supervision de Vincent Castel, (Coordinateur principal de programme, ORNA). Ce travail a été réalisé sous la conduite générale de Jacob Kolster (Directeur, ORNA) et de Matondo- Fundani (Directeur, ORNB).
Sont remerciés pour leur contribution: Diabaté Alassane (Economiste Pays Principal, ORNB), Laurence Lannes (Economiste de la Santé Principale, OSHD), Fabrice Sergent (Economiste de la Santé en Chef, OSHD) et Kaouther Abderrahim (Economiste, ORNA). Traduction réalisée par CLSD.
L'analyse et les conclusions de ce rapport reflètent les opinions de leurs auteurs et non ceux du Groupe de la Banque africaine de développement, son conseil d'administration ou des pays qu'ils représentent.

croissance et d'exportation doivent être identifiés. Les perspectives dans le secteur manufacturier sont fortement contraintes par l'ouverture des marchés à la concurrence chinoise et est-asiatique, alors que l'exploitation du secteur minier est déjà intensive. En comparaison, les opportunités dans les secteurs de service semblent sous-estimées. Plusieurs évolutions suggèrent pourtant l'existence de gisements de compétitivité et de croissance pour les pays d'AFN dans les exportations de services. De tous les segments du commerce international, le secteur des services est celui qui connaît la croissance la plus rapide. Il devrait représenter 50 % des échanges mondiaux à l'horizon 2020. Cette croissance est tirée par les réductions considérables des coûts de transactions permises par les technologies de l'information et de la communication. Elle est facilitée par la libéralisation en cours du commerce et de l'investissement dans les services et les changements dans la structure de la demande mondiale. La demande pour les services a en effet une élasticité-revenu élevée ; elle augmente plus vite que la croissance moyenne. Au niveau de l'offre, d'une part, le progrès technique élargit le champ de la division internationale du travail et rend possible l'externalisation et la délocalisation d'un nombre croissant d'activités de services. L'accumulation de capital humain permet, d'autre part, de mobiliser une offre de main d'œuvre qualifiée et compétitive pour de telles activités productives dans les pays d'AFN; La proximité culturelle et géographique avec l'UE renforce ce potentiel de complémentarités. Pour ces différentes raisons, « la négociabilité » (tradability) des services augmente et de nouveaux services échangeables apparaissent.

Le secteur de la santé semble en particulier offrir des opportunités originales pour des exportateurs du Sud. En effet, les facteurs qui assuraient l'attractivité des systèmes de santé au Nord se sont progressivement banalisés. Dans de nombreux pays du Sud, la qualification des praticiens a notamment rattrapé celle des pays les plus avancés. Cette amélioration a permis à plusieurs d'entre eux de réduire leurs importations de service de santé et, au-delà, de devenir des exportateurs nets de services de santé.

Le tourisme médical n'est pas vraiment une nouveauté, en particulier dans la région Euro-Med. Dans la Grèce Antique, les pèlerins et les patients venaient de toutes les régions de la Méditerranée au sanctuaire d'Asklepios à Epidaure. Dans la Grande-Bretagne Romaine, on allait prendre les eaux à Bath. Mais ce phénomène a longtemps occupé une place marginale dans les flux touristiques. Cependant, depuis la fin des années 1990, le thème du tourisme médical et de l'internationalisation des services de santé a suscité une multiplication de séminaires, articles grand public et spécialisés, colloques, créations de comités d'expert et de groupes de travail internationaux. Cette présence médiatique accrédite l'idée de l'apparition d'un nouveau segment très dynamique du commerce international, celui des échanges de services de santé. Pourtant, les contours réels de cette activité sont flous. Elle est particulièrement difficile à mesurer car, sur ce sujet, les estimations confondant les objectifs annoncés par les promoteurs avec les réalités et les analyses abstraites sont beaucoup plus nombreuses que les enquêtes de terrain et les statistiques fiables. Comme le note un expert, dans ce domaine « *l'essentiel de la littérature qui y est consacrée est spéculative, polarisée entre ceux qui argumentent sur les bénéfices de la libéralisation et ceux qui argumentent contre* »[1]. Un autre souligne : « *It is indeed striking how very little is actually known on the extent to which health services are traded internationally. While some anecdotes exist with regard to the trade of specific narrow sub-sectors in healthcare, very modest knowledge exists on the magnitude of international trade in health services. (…) A literature gap remains*»[2].

La situation actuelle se caractérise donc par une méconnaissance, d'une part, de l'ampleur réelle des flux mondiaux d'exportation de services de santé et, d'autre part, de l'impact de ce type d'exportations pour les pays concernés. Dans ce contexte, l'objectif de ce document de travail sur les perspectives des exportations de services de santé en AFN est de contribuer à réduire cette ignorance. Dans une première partie nous proposons une estimation de la taille, de la croissance et des éléments de structure du commerce mondial des services de santé, qui permettra d'identifier plusieurs caractéristiques de l'offre dans ce secteur dont, en particulier, la place des exportateurs du Sud sur ce marché. La deuxième partie porte sur la demande potentielle susceptible de s'adresser à l'Afrique du Nord et ses perspectives d'évolution. Elle précise la nature des barrières et des freins à ces échanges. Si la demande s'inscrit dans plusieurs dimensions temporelles et géographiques, au niveau de l'offre la Tunisie est actuellement le principal exportateur dans la région. D'autres exportateurs peuvent cependant émerger à moyen terme, comme le Maroc. Pour cette raison, la troisième partie analyse l'impact économique et certains enjeux de ces exportations à partir des données disponibles en s'appuyant sur l'expérience de la Tunisie ainsi que sur celle de la Jordanie, plus éloignée mais comparable. Enfin, les principales perspectives à moyen terme sont exposées dans la dernière partie.

[1] Smith 2004.
[2] Herman 2009.

1. Le décollage du commerce international de services de santé et des exportations du Sud

Le commerce international de services de santé s'effectuaient traditionnellement dans le sens Sud-Nord. Les patients du Sud se déplaçaient pour se faire soigner dans les pays avancés, où un personnel plus qualifié et des structures plus performantes offraient des traitements indisponibles chez eux. Ces importations de services de santé (sous la forme de déplacement de patients) étaient parfois financés par les assurances sociales des pays d'origine des patients. Mais les facteurs d'attractivité des systèmes de santé au Nord se sont diffusés au Sud, par l'augmentation des niveaux de formation, la standardisation des protocoles thérapeutiques et la disponibilité des médicaments et du matériel médical sur le marché international. Dans de nombreux pays du Sud, la qualification des médecins a rattrapé celle des pays avancés. De nombreux spécialistes de ces pays exercent désormais dans les pays de l'OCDE. En réponse à une demande locale de soins de plus en plus sophistiquée, qui traduit l'apparition d'une classe moyenne soucieuse de la qualité des services dans les pays émergents, les établissements hospitaliers ont modernisé leurs équipements. Cette amélioration, qui ne s'accompagne pas toujours d'un progrès des indicateurs de santé publique, a permis à plusieurs pays du Sud de réduire leurs importations de service de santé. Elle a également permis à certain d'entre eux de s'engager dans le « tourisme médical » et de devenir des exportateurs nets de services de santé.

1.1 Les différentes modalités d'échange

Quatre modes d'échanges internationaux de services, notamment de santé, sont définis par l'OMC dans le cadre du GATS[3]. Ils se distinguent par la nature de ce qui franchit la frontière : le service, le consommateur, l'entreprise ou le fournisseur :

- Mode 1 - La prestation transfrontalière : Fourniture de services, par des fournisseurs non résidents, au-delà des frontières du pays, pour consommation dans un autre pays. Le mode 1 est celui qui ressemble le plus à l'exportation classique de biens.

- Mode 2 - La consommation à l'étranger : Un consommateur ou une entreprise se déplace pour utiliser des services dans un autre pays.

- Mode 3 - La présence commerciale : Une entreprise étrangère implante une filiale ou une succursale dans un autre pays pour y fournir des services;

- Mode 4 - Le mouvement temporaire de personnes physiques : Un individu quitte son pays d'origine pour fournir des services dans un autre pays.

La fourniture transfrontalière de services de santé (mode 1) n'était quasiment pas réalisable avant les progrès récents des NTIC. Leurs performances actuelles ont permis l'émergence d'un nouveau type de services de santé, la télémédecine, qui peut aisément donner lieu à un commerce international. Elles ouvrent en particulier des possibilités de mise en œuvre d'une division internationale du travail dans les traitements médicaux. La télémédecine permet notamment de profiter des différentiels de fuseaux horaires en envoyant le soir des radiographies des Etats- Unis qui sont analysées à l'étranger[4]. Le changement technique créent donc des opportunités de délocalisation de certains segments d'activité vers les pays du Sud. Cependant, malgré ce potentiel réel de commerce croisé de services de santé, la télémédecine ne représente qu'un enjeu commercial marginal actuellement. Une étude récente évalue ainsi à 0,01% du PIB la valeur des échanges de services de santé suivant le mode 1 dans les pays de l'OCDE (Herman 2009). La première raison de cette faiblesse semble être l'absence de diffusion de la télémédecine au niveau national, plutôt que l'existence de barrières significatives aux échanges internationaux[5].

Le mode 3 repose sur l'investissement dans des structures de soins à l'étranger. Il constitue une modalité plus adaptée aux entreprises des pays riches qu'aux prestataires du Sud. Bien que l'on observe l'apparition de multinationales de services hospitaliers issues de certains pays asiatiques, comme Singapour et la Thaïlande, les perspectives de développement par cette voie pour les pays du Sud semblent en effet limitées. Par ailleurs,

[3] Voir, par exemple : Gobrecht 2004, Smith et Blouin 2007.
[4] En Inde, mais aussi au Liban.
[5] Aux Etats Unis, un rapport du gouvernement estimait le marché de la télémedecine à 380 millions $, mais en croissance de 15 % par an.

l'installation d'entreprises étrangères dans le secteur de la santé est en général contrôlée et soumise à des contraintes restrictives, et même parfois interdite[6]. Il s'agit d'un domaine sensible, comme le montre les difficultés des négociations multilatérales sur cette question dans le cadre du GATS. La part des investissements dans les services de santé ne représenterait que 0,2 % du stock d'IDE entrant dans les pays développés et 0,1 % dans les pays du Sud. Par contre, au sein de l'Union Européenne (UE), cette modalité est probablement importante. L'exploitation d'une large base de données indique en effet que la part des entreprises étrangères dans la prestation de services de santé représente 16,5 % en moyenne au sein de l'UE[7].

Le déplacement de professionnels de santé (mode 4), par contre, constitue depuis longtemps une modalité majeure d'internationalisation des services de santé pour les professionnels du Sud. Les migrations de médecins, d'infirmiers ou de sage-femmes ont donné lieu à de nombreuses études qui, à défaut de pouvoir mesurer le phénomène dans sa globalité, informent sur son intensité et ses implications (Diallo 2004, Simon and Huerst 2006). Ce « brain-drain » alimente en qualifications les systèmes de santé du Nord. Au Royaume-Uni, par exemple, 18 % des médecins sont de nationalité étrangère, alors que cette part atteint 14 % aux Pays-Bas. Mais ce mode de transaction relève de problématiques et de stratégies migratoires qui ne contribuent pas à la consolidation ou au développement d'un secteur productif et exportateur au niveau national ; au contraire ces fuites de personnel affaiblissent les capacités nationales. Enfin,ces « exportations » sont une forme de commerce paradoxale ; Elles n'ont pas pour contrepartie un flux de devises entrant, même si elles peuvent provoquer des transferts de revenus non négligeables.

1.2 Evolution et taille du marché mondial

La médiatisation croissante du thème du « tourisme médical » propage l'idée que le tourisme médical et les recettes d'exportation qui lui sont liées sont en forte expansion. Pourtant, ce phénomène n'en est probablement qu'à ses débuts et son ampleur réelle apparait incertaine. Il est difficile à quantifier et, à notre connaissance, il n'existe pas d'estimation satisfaisante. Une première difficulté de mesure est liée à la prise en compte de ces flux car ils se soumettent mal aux instruments de mesure disponibles. Un second problème, plus institutionnel, provient du manque de dialogue et de coordination entre les administrations chargées de la santé et celles responsable de l'économie et du commerce dans la plupart des pays, qui a pour conséquence une absence de construction de données au niveau national (Smith, Blouin, 2007). Malgré l'abondance d'anecdotes à ce sujet, on ignore donc l'ampleur réelle du commerce international de services de santé et des chiffres incohérents circulent. Deux études, respectivement de Deloitte (2008) et de McKinsey (2008), offrent par exemple des conclusions confuses. Pour la première étude, plus de 500 000 américains auraient voyagé pour recevoir des soins à l'étranger en 2005 et le marché mondial du tourisme médical serait estimé entre 60 et 100 Milliards $. Pour la seconde, les voyageurs médicaux ne seraient qu'entre 60 000 et 85 000 par an dans le monde ! Les méthodologies utilisées pour obtenir ces résultats étranges ne sont pas indiquées ; Elles semblent reposer sur des extrapolations à partir d'interviews aux Etats-Unis.

Dans ce contexte d'ignorance, les premières questions portent sur la tendance de ces échanges : Les exportations de services de santé augmentent elles réellement ou les observateurs sont ils seulement plus sensibilisés à ce phénomène? Quel est le volume de ces exportations et quelle est leur contribution aux échanges de services ? Quels pays sont particulièrement présents dans ce domaine, en particulier au Sud ?

En l'absence d'un nombre suffisant d'enquêtes de terrain, une base statistique exhaustive est nécessaire pour répondre à ces questions. Au niveau international, les données de la base « BOPS » du FMI, fondées sur les balance des paiements nationales, représentent la seule source disponible. Cette base fournit le détail des échanges de biens et services de tous les pays qui les déclarent. Les services de santé appartiennent à une sous-catégorie du poste « voyages » de la nomenclature des services du FMI, intitulée « dépenses de voyages relatives à la santé » (health-related travel expenditures). Cette ligne peut être considérée comme représentative du commerce des services de santé selon le mode 2. A notre connaissance, les seules tentatives sérieuses d'estimer ces échanges se sont appuyées sur cette source (Herman 2009, Gobrecht 2004, Karsenty 2001, Mortensen 2008). Les données de cette base doivent cependant être utilisées avec prudence car tous les pays ne renseignent pas cette ligne. De plus, les données déclarées sous-estiment la réalité car les statistiques des Banques Centrales, qui alimentent la BOPS, ne saisissent pas toutes les transactions internationales de services. En particulier, dans ce secteur, elles ignorent les règlements en espèces et ceux qui n'indiquent pas explicitement la nature de la prestation. Pour résumer, l'information proposée par les statistiques du FMI est incomplète et sous-évalue

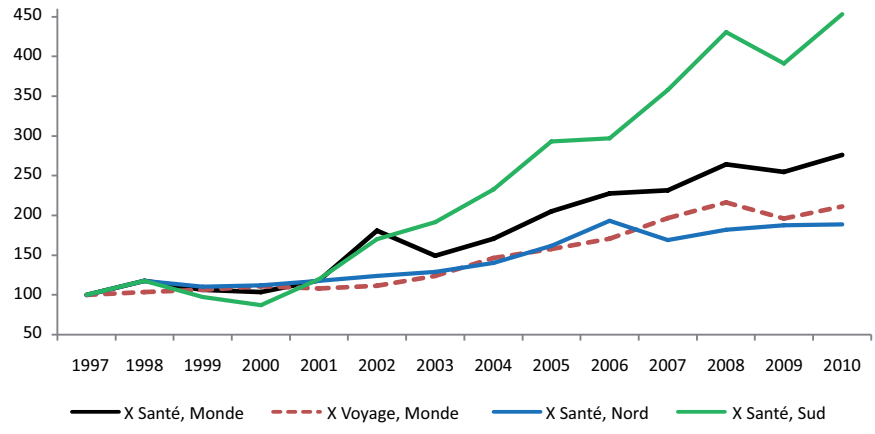
[6] Sur les IDE dans le secteur santé, voir les survey de Smith (2004), Herman (2009), Holden (2005). Mais aucun de ces travaux, par ailleurs complets et sérieux, ne peut conclure clairement sur l'importance et l'orientation de cette activité.
[7] Estimation de Herman (2009) à partir d'une extraction de la base AMADEUS.

très probablement le niveau réel des flux ; néanmoins, il n'existe pas d'alternative à cette source pour estimer le niveau du commerce mondial des services de santé (Karsenty 2001).

Afin d'apprécier la tendance des échanges mondiaux de services de santé, nous utilisons la base FMI en proposant une méthode pour compenser l'incomplétude de cette source. Nous avons d'abord mesuré l'évolution des exportations mondiales à partir des données des exportateurs qui renseignent suffisamment le poste « dépenses de voyages relatives à la santé » au cours de la période 1997 – 2010. Les pays qui renseignent cette ligne de façon trop discontinue ne sont donc pas pris en compte. La valeur de ces exportations, assimilée à celles des services de santé (mode 2), est ensuite rapportée aux recettes du poste « voyages ». Enfin, ce ratio - la part des services de santé dans les exportations de voyages- est appliqué aux recettes de voyages des pays de l'ensemble des pays qui renseignent ce poste, à l'exception des Etats-Unis, car ils précisent le montant des dépenses de voyages relatives à la santé de manière systématique.

Les statistiques d'exportations de services du FMI montrent que 53 pays ont renseigné de manière suffisante le poste « dépenses de voyages relatives à la santé » au cours de la période 2003-2010, 10 du Nord et 43 du Sud, alors qu'ils n'étaient que 13 au cours de la période 1997-2003 (Lautier 2007). Etant donné ces différences de disponibilité d'information, deux échantillons sont utilisés (1997-2003 et 2003-2010). La série des indices de croissance des exportations mondiales est construite suivant cette méthode à partir de ces échantillons (graphique 1). Les tailles de ces échantillons de pays invitent à interpréter les résultats obtenus comme une indication des rythmes de croissance : ils informent sur la tendance des flux. Toutefois, la part de ces pays dans le total des échanges est élevée et donne à cette information une représentativité appréciable. Pour l'année 2010 par exemple, l'échantillon utilisé représente 52,5 % du total des exportations estimées de services de santé[8]. L'information construite ici et la tendance qu'elle révèle reposent donc sur la prise en compte d'une grande partie du commerce réel.

Graphique 1 : La croissance des exportations de services de santé (base 100 : 1997)



Source : Calculs de l'auteur, à partir des déclarations aux FMI (en $ courants)

Le graphique 1 fait clairement apparaitre la tendance au décollage du commerce international de services de santé au cours de la période récente. Les exportations de service de santé augmentent plus rapidement (+ 176%) que les recettes du poste voyages (+ 111 %), à un rythme proche de celui de l'ensemble des services commerciaux (+ 186 %)[9]. Mesurées en dollars courants, les exportations mondiales de services de santé ont ainsi presque triplé entre 1997 et 2010. Le différentiel de croissance entre les exportations de services de santé du Sud et celles du Nord est remarquable. Alors que les exportations du Sud sont multipliées par 3,5, celles du Nord doublent. Ce résultat est pour partie imputable au large périmètre que nous avons retenu pour définir le Sud[10], mais reflète surtout un différentiel de croissance.

L'évaluation de la valeur du commerce mondial de services de santé s'appuie sur l'estimation de la contribution des exportations de services de santé aux exportations de services de voyages (Karsenty 2001,

[8] Et 43,5 % du total des exportations déclarées de services de voyages.
[9] Source : OMC.
[10] Le « Sud » n'a jamais constitué un ensemble homogène et clairement défini. En général, le « Sud » est défini par défaut comme l'ensemble des pays non-riches. Dans cette note, le « Sud » est défini comme le Monde diminué des pays du Nord – soit l'UE 15, la Suisse, la Norvège, les Etats-Unis, le Canada, la Corée du Sud, l'Islande, le Japon, l'Australie, la Nouvelle Zélande, Israël et Singapour. Cette définition place dans le Sud la plupart des pays « émergents », ainsi que les nouveaux membres de l'UE, car sur la période ils constituent une périphérie de l'UE.

Mortensen 2008). Il est préférable de s'appuyer sur les données d'exportation, car elles sont en général mieux renseignées que les données d'importation. Mais, comme le montre le graphique 1, le ratio qui lie les exportations de services de santé à celles des services de voyage n'est pas fixe. Il augmente en fonction du différentiel de croissance des exportations de ces deux catégories de services. Ce coefficient est donc calculé pour chaque année, à partir de l'échantillon de pays qui fournissent une information sur leurs exportations (tableau 1). Le ratio moyen (« Monde) a augmenté au cours de la période, passant de 1,2 % à 1,5 % entre 1997 et 2010. Mais la croissance est surtout forte pour l'ensemble Sud (de 1,2 % à 1,5 %) et les Etats-Unis, alors que cette part recule en moyenne pour les autres exportateurs de services de santé du Nord.

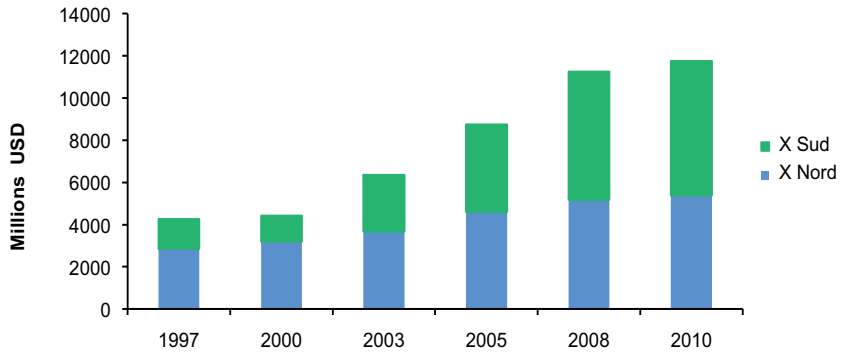
Tableau 1 : Contribution des services de santé aux exportations de services de voyages

	1997	2000	2003	2005	2008	2010
Monde	**1,2%**	**1,3%**	**1,4 %**	**1,5 %**	**1,4 %**	**1,5%**
Sud	1,1%	0,8%	1,5 %	1,7 %	1,6 %	1,6 %
Nord sans Etats-Unis	0,9%	0,8%	0,8 %	0,9 %	0,7 %	0,7 %
Etats-Unis	1,3%	1,5%	1,8 %	1,9 %	1,8 %	2,1 %

Source : Déclarations au FMI (13 pays)

Le coefficient respectif de chacune des deux régions considérées ici, Sud et « Nord sans Etats-Unis », est appliqué aux exportations de services de voyages de chacun de ces ensembles dans la base du FMI (139 pays), à l'exception des Etats-Unis pour lesquels la valeur des exportations de services de santé est systématiquement fournie. On obtient ainsi, pour chaque année, les exportations mondiales, les exportations des pays du Sud et les exportations des pays du Nord de services de santé[11].

Graphique 2 : Estimation des exportations mondiales de services de santé



Source : Calcul de l'auteur, à partir des déclarations aux FMI (en $ courants)

D'après cette évaluation, le commerce mondial de services de santé représente 11 766 millions $ en 2010. Il a doublé depuis 2003. Il progresse en moyenne au rythme annuel de 8,1 % depuis 1997 (+ 9,1 % depuis 2003), un rythme proche de celui du commerce mondial de services[12].

[11] Rappel : les résultats 1997-2000 sont obtenus avec un échantillon de 13 pays déclarants ; La série 2003-2010 est construite avec un échantillon de 53 pays déclarants.
[12] Nos résultats sont proches des autres estimations disponibles, construites sur des échantillons plus restreints. Karsenty (2001) évalue à 6,5 Milliards les exportations 1999 ; Herman (2009) estime le ratio des importations de services de santé sur celle des services de voyages à 2 % au début des années 2000.

Cependant la structure du marché mondial s'est profondément modifiée au cours de la période. En début de période, les exportateurs du Nord dominent ce marché. En 1997, les Etats-Unis représentent à eux seuls 26 % des exportations mondiales de services de santé, les autres pays du Nord 41 % et les pays du Sud en réalisent un tiers. Depuis, les exportations du Sud progressent beaucoup plus vite, au rythme annuel moyen de 12,3 %, que celles du Nord, à la croissance annuelle de 5 %. Depuis 2007, les exportations estimées de services de santé du Sud ont dépassé celles du Nord. En 2010, la part de marché apparente du Sud atteint 54 % et celle du Nord 46 %. Si on isole les Etats-Unis, qui occupent une place prépondérante, puisqu'ils assurent à eux seuls 24 % des exportations des pays du Nord en 2010 et 26 % en 1997 (cf. infra : tableau 2), les exportations des pays du Sud sont 2,5 fois plus élevées que celles des autres pays du Nord en 2010, alors qu'elles étaient inférieures de 20 % à en 1997.

1.3 L'émergence des grands exportateurs du Sud

Le tableau 2, construit à partir des données déclarées au FMI, souligne la position des Etats-Unis comme premier exportateur. Il offre deux types d'informations additionnelles sur l'offre mondiale de services de santé. Il fait tout d'abord apparaître une très grande diversité d'exportateurs. Parmi les principaux, on trouve des pays avancés (Canada, Belgique,) mais également des pays émergents (Mexique, Brésil, Tunisie) et des pays à revenu intermédiaire comme les pays d'Europe Centrale et la Turquie. Les taux de croissance annuels sont particulièrement elevés pour ces dernières catégories d'exportateurs : Brésil + 25 % , Tunisie + 21 %, République Tcheque + 27 %, Turquie + 12 %. L'exportation de services de santé ne constitue pas une activité spécifique à certains pays ou à certaines régions mais apparait au contraire comme un phénomène largement diffusé sur le globe.

Tableau 2 : Les 15 principaux exportateurs de services de santé en 2010 (déclarés)

Exportations de services de santé	millions USD	Croissance annuelle 2003-2010	Part des exportations mondiales
Etats-Unis	2876	+ 9%	24,44%
Rep Tchèque	612	+ 26,6 %	5,20 %
Turquie	369	+ 11,8 %	3,14 %
Belgique	345	- 1,2 %	2,94 %
Mexique	289	+ 7,8 %	2,46 %
Thailande	233	NA	1,98 %
Italie	182	0 %	1,55 %
Canada	136	+ 9%	1,16 %
Croatie	130	+ 9,8 %	1,10 %
Corée du Sud	89	NA	0,76 %
Tunisie	82	+ 20,8 %	0,70 %
Hongrie	79	NA	0,67 %
Brésil	42	+ 25,2 %	0,35 %
Grèce	39	-5,6 %	0,34 %
Slovénie	32	+ 13,9 %	0,27 %
Total	5536	Ns	47,05 %

Sources : FMI et estimations de l'auteur

Par ailleurs, les pays qui affichent et mettent en œuvre une stratégie explicite de promotion des exportations de service de santé comme l'Afrique du Sud, la Jordanie, la Malaisie ou l'Inde n'apparaissent pas dans le tableau, car ils ne renseignent pas la base FMI[13]. L'activité en Asie est particulièrement mal renseignée, car c'est actuellement dans cette région que les investissements et la croissance seraient les plus dynamiques : la Thaïlande accueillerait annuellement plus de 500 000 patients étrangers et la Malaisie, environ 100 000 ; Singapour aurait accueilli 410 000 patients étrangers en 2006 ; en Inde, les recettes d'exportation de services de santé représenteraient 333 millions $ en 2004[14].

[13] Pour cette raison, notre estimation du marché mondial est tres probablement inférieure à la réalité.
[14] Sources : Arunanondchai and Fink 2007; Jordan Competitiveness Report 2007 ; Mortensen 2008.

2. La demande internationale potentielle

2.1 Avantages de couts et facteurs de compétitivité

L'offre mondiale de services de santé apparait donc très diversifiée, en développement et peu structurée. Existent-ils des spécificités communes aux pays exportateurs, en particulier aux exportateurs émergents, permettant d'identifier les facteurs de compétitivité internationale dans ce secteur? Les données disponibles sont trop fragiles pour permettre une recherche exhaustive des déterminants des exportations. Cependant des régressions effectuées sur quelques variables, combinées à l'analyse des expériences des principaux exportateurs du Sud et des contours actuels de l'offre, font apparaitre certaines caractéristiques clés de ce commerce :

- Le lien entre la compétitivité internationale et le niveau du revenu par habitant semble très fragile. Une hypothèse plausible est pourtant d'envisager que les exportations de services de santé soient liées au niveau du revenu par habitant, puisque les performances et la capacité d'une offre de soins augmentent à priori avec le revenu du pays. De même, le poids des services de santé dans les recettes touristiques devrait augmenter avec le revenu national, puisqu'il s'agit d'un type de service à plus forte valeur ajoutée. Or aucune corrélation n'est observée entre la valeur des exportations de services de santé, ou leur part dans le poste « voyages », et le PIB/habitant. Ce résultat confirme que ces exportations ne sont pas réservées aux pays les plus avancés. Les pays du Sud n'en sont pas exclus par leurs moindres ressources financières.

- Cependant, la qualité du système de santé constitue une barrière à l'entrée sur ce marché, qui apparaît sous la forme d'un effet de seuil de performance médicale en dessous duquel il n'y a pas d'exportation, sauf résiduelle. La qualité d'un système de santé est très délicate à mesurer. L'OMS propose un indicateur synthétique qui mesure la performance économique et sociale plutôt que la qualité technique des soins (« Overall health system performance index »). Mais une manière alternative d'appréhender cette dimension est de considérer que la qualité d'un système de santé s'apprécie d'abord à sa capacité à traiter les populations les plus fragiles. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans constitue alors un indicateur simple, à défaut d'indicateurs multicritères satisfaisants. On constate qu'en dessous d'un niveau de performance minimum, qui se situe autour de 30-40 pour 1000 ici, il n'y a pas d'exportation. Un niveau minimum de qualité du système de santé constitue donc bien une condition nécessaire à l'exportation de services de santé.

- On observe une relation assez solide entre les exportations de services de santé et l'activité touristique. Elle traduit sans aucun doute l'existence d'un effet de seuil dans le domaine des infrastructures (liaisons aériennes et de transport, offre hôtelière, sécurité et stabilité). Elle signifie surtout que l'attractivité du territoire national (mesurée par les flux de touristes) constitue une condition favorable à l'attraction de patients étrangers. La relation entre ces deux activités est automatiquement renforcée par les soins prodigués aux touristes malades ou blessés. Pour la même raison, on observe une relation croissante entre le nombre d'expatriés présents dans le pays et ses exportations de soins (Bangkok et Singapour en bénéficient). Au-delà, la fourniture de soins à des patients étrangers favorise, par effet de démonstration, la construction d'une réputation, qui est essentielle au développement de ce secteur sur le marché international.

- L'exportation de services de services de santé s'inscrit en priorité dans une dimension régionale. Elle suit un « principe de voisinage ». Les pays exportateurs sont ceux qui disposent d'un avantage compétitif (rapport qualité/coût des soins) vis de à vis de leurs voisins. Cette notion de voisinage est d'abord géographique – proximité, frontière commune- mais elle peut également avoir une dimension culturelle. La Malaisie cible par exemple les patients des pays musulmans, d'Indonésie au Golfe. Toutes les enquêtes disponibles confirment ce principe de voisinage (cf. infra).

Dans les pays du Sud, la compétitivité internationale se forme donc d'abord sur la base d'un avantage comparatif régional, avant un éventuel élargissement des débouchés. Cependant, cette compétitivité régionale intègre en général un avantage de cout significatif vis-à-vis des pays du Nord. Le tableau 3 montre l'importance des écarts internationaux de couts pour quelques soins courants. Le tableau 4 compare plus spécifiquement la Tunisie à la France, à partir de données issues de quatre grande cliniques de Tunis.

Tableau 3 : Couts internationaux comparés des soins ($)

	Prothèse de la hanche	Prothèse du genou	Opération de la cataracte	Rhinoplastie	Réduction mammaire
Etats-Unis	43000	40000	1500-2500	6000	5000
Royaume-Uni	14000	16000-17000	4500	6000	8500
France	8000-10000	7500-9000	2300-3300	3000-5000	4000-6000
Hongrie	-	-	-	1600-2200	-
Tunisie	3000	3500-4000	900-1000	2300-3000	3000-3500
Turquie	7000	7500	1500	3500	4000
Thailande	12000	10000	-	1200	2900
Inde	8000-10000	8000-9000	1000-1500	1500-2500	2000-3000

Source : interviews ; Medical Tourism guide (http://www.health-tourism.com/destinations)

Tableau 4 : Couts comparés des soins Tunisie / France

Traitement / Cout en % du cout France	Clinique 1	Clinique 2	Clinique 3	Clinique 4
Chirurgie (1 jour)	47 %	54 %	47 %	47 %
Chirurgie (plus de 3 jours)	30 %	30 %	30 %	30 %
Obstétrique	NA	40 %	37%	37%
Réanimation	29 %	29 %	29 %	29 %
Dialyse (1 séance)	32 %	36%	NA	32 %
Psychiatrie	NA	24 %	NA	NA

Cout France : moyenne des hôpitaux à Paris.
Sources : interviews et Caisse des Français de l'étranger.

2.2 La demande potentielle

Dans une étude pionnière (UNCTAD et WHO 1998), les flux de patients à l'étranger étaient classés en cinq catégories, suivant leur motivation:

- Les patients qui voyagent pour bénéficier de traitements réputés ou indisponibles dans leur pays d'origine ;
- Les patients qui choisissent d'effectuer un séjour de convalescence à étranger ;
- Les patients qui voyagent pour utiliser des dotations naturelles spécifiques (cures, sources) ;
- Les patients dont le voyage est motivé par un calcul économique et qui recherche à l'étranger un traitement de qualité similaire mais à un coût plus faible ;
- Les personnes âgées qui se déplacent dans les pays ou les conditions climatiques et économiques sont plus confortables.

D'autres travaux distinguent les "touristes médicaux" en quatre groupes suivant leur origine géographique (Chasles 2011, Pruthi 2006). Dans cette segmentation, le premier groupe est constitué par les patients américains, précurseurs du tourisme médical, le deuxième groupe est celui des patients britanniques, le troisième groupe est formé par les patients issus des pays du Moyen-Orient, et le dernier groupe de patients provient des pays en développement.

Mais, dans tous les cas, le commerce international de services de santé (en mode 2) n'existe qu'à travers le déplacement des patients vers des prestataires étrangers. Ce sont les déterminants de cette mobilité qui fixent la nature de la demande et son volume. Ce constat conduit à distinguer ici, dans le cas de l'Afrique du Nord, trois types de demande : La demande issue du Nord, de la Méditerranée c'est-

à-dire d'Europe, à court-moyen terme ; celle issue du Nord qui peut être envisagée à plus long terme ; la demande des pays du Sud. On considère le court-moyen terme comme la période dans laquelle le contexte institutionnel, démographique et financier demeure stable. Dans les trois cas les perspectives de la demande dépendent de ce qui motive, freine ou bloque le mouvement des patients.

2.2.1 Une demande du Nord de la Méditerranée étroite à court-moyen terme

Malgré les avantages de couts de plusieurs pays d'Afrique du Nord (cf. supra), et l'ampleur des dépenses de santé dans les pays européens, la demande du Nord vers le Sud de la Méditerranée apparait limitée à court et moyen termes, à l'exception de quelques niches. Il existe en effet des barrières significatives aux échanges, qui sont de nature institutionnelle, économique et psychologique.

Une incitation économique limitée

Une incitation majeure est nécessaire pour qu'un patient européen accepte de se déplacer à l'étranger pour se faire soigner. Or une telle incitation est inexistante, ou très modeste, dans la plupart des pays en raison de l'envergure des systèmes d'assurance-maladie, qui dissuade de recourir à des praticiens à l'étranger. Le niveau élevé de prise en charge collective des traitements médicaux, combiné à l'absence de portabilité de l'assurance-maladie, érigent une barrière considérable aux importations de services de santé. En France, par exemple, l'assurance maladie rembourse en moyenne 75 % d'une consultation médicale et 90 % des soins hospitaliers[15]. La part non prise en charge par l'assurance-maladie est couverte par des assurances complémentaires privées pour prés de 92 % de la population. Les taux de couverture sont également très élevés en Allemagne, en Espagne, aux Pays-Bas, en Belgique et dans la majeure partie de l'UE. Dans les pays sans file d'attente, comme la France, la non-portabilité des assurances dissuade absolument le patient de se déplacer à l'étranger pour les soins couverts. Pour qu'un commerce international se concrétise dans ces activités, il faudrait que des conventions entre les prestataires étrangers et les organismes payeurs soient établies. Elles n'existent pas actuellement et semblent difficiles à réaliser. Une clinique de Tunis avait proposé à la CNAM française un projet de rééducation pour les travailleurs immigrés à un coût trois fois inférieur à celui pratiqué en France. Sa réalisation exigeait une convention bilatérale. Elle n'a jamais pu être établie. Cet échec traduit les fortes réticences des institutions dans les pays potentiellement importateurs de soins du Sud (cf. infra).

Certains pays européens connaissent des phénomènes de files d'attente, due à une ou la pénurie de soins (Royaume-Uni, Italie,…). Le système britannique (National Health Services) fournit des soins en partie gratuits, mais le manque de personnel occasionne des délais d'attente qui peuvent parfois être longs: pour obtenir un pontage coronarien, il n'est pas rare de devoir attendre plus de 6 mois (Chasles 2011). De même, pour une prothèse de la hanche, les délais d'attente seraient compris entre 12 et 18 mois (Bose & Sumathi, 2008). Mais dans ces domaines, l'offre des prestataires du Sud de la Méditerranée est confrontée à la concurrence de systèmes de santé beaucoup plus réputés, comme ceux de la France ou de la Suisse. Les cliniques et praticiens d'Afrique du Nord ne peuvent donc se positionner que sur les segments bas et moyens de l'activité : ceux qui s'adressent aux ménages européens dont les ressources financières sont trop faibles pour se faire soigner en France, mais suffisantes pour se rendre en Tunisie, par exemple. Cette partie du marché est étroite.

Si la non-portabilité constitue une protection puissante vis-à-vis des importations, les perspectives d'échanges internationaux sont moins marginales pour les traitements qui échappent aux filets d'assurance-maladie. Les segments les plus évoqués sont la chirurgie esthétique et certains soins dentaires. Dans ces domaines, les soins ne sont pas, ou très peu, remboursés :

- Les opérations de chirurgie esthétique en particulier sont financées de manière totalement privée par les patients. Le secteur s'est organisé sous la forme d'un marché, dans lequel les clients/patients choisissent entre des prestataires concurrents en fonction de plusieurs critères, dont le prix. Les cliniques européennes se positionnent donc fréquemment de manière commerciale et les personnes qui achètent ces services adoptent en général une approche plus consumériste que thérapeutique. Dans ce contexte, les avantages de confort et de prix de la Tunisie ou du Maroc peuvent inciter une partie de la demande européenne à la mobilité internationale. L'enjeu n'est pas négligeable car cette activité, bien qu'elle soit mal estimée, connait une croissance rapide depuis la fin des années 1990 en Europe. La France représente un des principaux marchés, avec l'Espagne, l'Allemagne et le Royaume Uni. Depuis 2000, le nombre d'opérations augmente de prés de 20 % par an en France d'après l'ISAPS. Une estimation fondée sur les ventes d'implants aboutit à un nombre total d'opération d'environ 200 000 par an en France en 2006, soit un chiffre d'affaires de l'ordre de 300-400 millions € . Le marché britannique aurait une taille similaire, soit 200 millions £ en 2004, et le nombre de patients atteindrait 582 000 en 2010[17].

[15] Sandier et al 2004.
[16] Estimation de l'auteur à partir de données non-publiées.
[17] Sources : Atelier groupe BNP Paribas 22/12/05 ; Key Note 3/6/2011.

- En Europe, les soins dentaires sont inégalement remboursés suivant les pays. Par contre, dans le cas des prothèses et implants dentaires, l'essentiel du cout est partout directement supporté par les patients. Ces opérations sont très onéreuses, de 300 à 2000 € l'unité. Elles représentent un marché difficile à évaluer. La confrontation de plusieurs sources suggère que le marché mondial représenterait environ 2 milliards € en 2010, dont la moitié en Europe.

Les prestataires du Sud de la Méditerranée offrent des couts compétitifs sur ces créneaux, comme le montre l'exemple de la Tunisie dans le tableau 5.

Tableau 5 : Coûts comparés opérations dentaire et esthétique (€)

Traitement / Cout en % du cout France	France	Tunisie	Coût relatif Tunisie
Couronne métallique	400	150	38 %
Couronne céramique	900	350	39 %
Implant dentaire	1500	1000-1300	67-87 %
Liposucion	3000	2500 (*)	83 %
Chirurgie faciale	5000	3500(*)	70 %

Sources : interviews et tableau 3 ; (*) « All inclusive »

Des coûts de transaction élevés

Mais le potentiel de gain monétaire, qui dépend des taux de remboursement et des couts comparés des soins, ne suffit pas à déclencher l'importation de services de santé. Des variables psychologiques limitent également la mobilité des patients. L'existence d'un avantage de cout étranger pour une procédure médicale non-couverte par les assurances-sociales ne déclenchera la mobilité du patient qu'à condition que le cout psychologique du déplacement à l'étranger soit inférieur au gain monétaire espéré. Si on note, Ct, le cout psychologique du voyage et du traitement à l'étranger; Pd , le prix domestique de la procédure ; Px, le prix étranger, alors pour une élasticité-prix de la demande donnée, l'exportation ne se déclenche que si :

$Ct < Pd-Px$

Dans l'exemple de la chirurgie faciale (tableau 5), si le cout psychologique du traitement en Tunisie est supérieur à 1500 € pour le patient français, il ne se déplace pas, il n'y a pas de commerce international.

Ce type de barrières aux échanges dépend de l'élasticité-prix de la demande et des couts de transaction pour les patients. On ne dispose que de données partielles sur l'élasticité-prix de la consommation de soins. Dans un papier sur les effets de l'introduction de la concurrence par les prix en Allemagne et aux Pays-Bas, Schut et al (2003) montrent que l'élasticité prix est forte et augmente en Allemagne, alors qu'elle est négligeable au Pays-Bas. Ils soulignent également que cette élasticité est plus faible pour les personnes âgées. Sur le marché de la chirurgie esthétique, les résultats obtenus sont variables. Dans un premier papier, Krieger and Shaw (1999b) concluent que les patients américains sont "modérément sensibles aux prix" (62,3%). Dans un autre, ils montrent qu'une baisse de 40 % des tarifs moyens à UCLA a provoqué une augmentation de 250 % du nombre de procédures et de 52 % des recettes quatre mois après le changement de prix (Krieger and Shaw, 1999a). D'autres auteurs estiment que la chirurgie esthétique étant un bien de luxe, des prix supérieurs accroissent la demande (Alsarraf and al 2002).

L'asymétrie d'information est une caractéristique majeure de la relation patient-médecin. Une de ses conséquences est le niveau élevé des couts de transaction pour les patients lorsqu'ils sont confrontés à une offre concurrentielle. Les coûts d'identification, d'évaluation et de sélection des prestataires sont lourds, car les patients ne disposent pas d'information comparative sur la qualité des services proposés et les possibilité d''expérimentation, à partir de laquelle une comparaison peut s'établir, sont restreintes. D'après Hepner (2003), par exemple, sur le marché français de la chirurgie esthétique, les patients choisissent un praticien d'abord en fonction des recommandations de leurs proches (50,5%), ensuite suivant les conseils de leur médecin (40,5%), enfin en fonction d'autres sources comme la publicité ou internet (9%). Le manque d'autonomie de la demande médicale réduit donc le potentiel d'utilisation du marché en général, et du marché international en particulier. Dans ce secteur, l'importance des effets de réputation et des relations de confiance accroissent considérablement le cout psychologique du déplacement à l'étranger.

Ce cout psychologique est en particulier déterminé par l'absence de continuité du service médical lorsqu'il est réalisé à l'étranger. Le premier désavantage compétitif des exportateurs de soins porte sur l'accompagnement et les soins post-opératoire. Les questions suivantes constituent une limite majeure à l'expansion de cette activité : Quel médecin effectuera les soins complémentaires au retour en cas de complication? Qui les financera et qui sera responsable en cas d'erreur médicale ou de mauvais traitement à l'étranger ? Ni les assurances privées ni les assurances publiques ne couvrent ce type de risque. Il semble particulièrement significatif dans le domaine de la chirurgie esthétique pour lequel l'association des spécialistes français a calculé qu'un chirurgien a une probabilité de 25 % qu'un patient dépose plainte chaque année et que la probabilité que la patient gagne est également de 25 % (Branchet 2003).

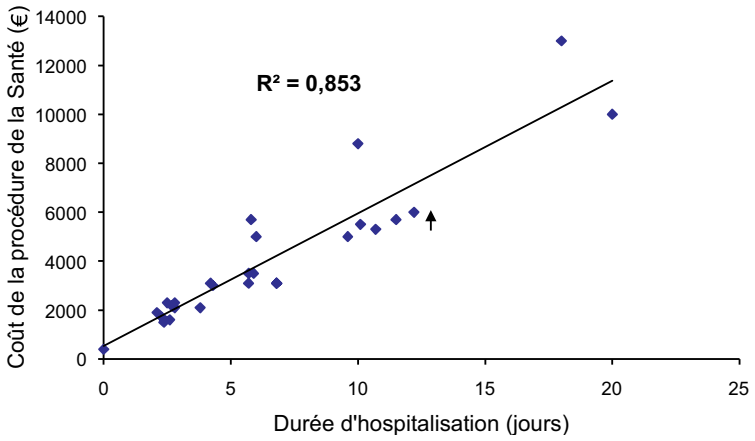
Aux Etats-Unis, par exemple, les assureurs signalent ainsi un seuil de gain minimum de 10 000 $, pour déclencher le voyage des patients. La contrepartie de ces 10 000 $ représente la dimension psychologique du coût de transaction. Un autre sondage réalisé aux Etats-Unis a montré que 88% des ménages acceptaient de se déplacer pour bénéficier d'un meilleur rapport qualité/prix des soins, mais seulement 39 % voyageraient à l'étranger à condition de bénéficier d'une économie d'au moins 50%[18]. Ainsi, pour 61 % de la population, le coût psychologique du déplacement serait supérieur à 50% du coût médical. La projection d'un tel seuil sur les échanges de services de santé entre l'Europe et l'Afrique du Nord en réduit considérablement le potentiel. Une autre source, portant sur les patients anglais traités à l'étranger, indique que seulement 13 % d'entre eux avait économisé plus de 10 000 GBP, et 71 % plus de 2000 GBP[19].

2.2.2 Une demande du Nord à long-terme vaste mais incertaine

A plus long terme, des changements dans la structure de la demande européenne de services de santé suggèrent que les déplacements de patients européens vers le Sud pour des raisons économiques peuvent s'intensifier. Le vieillissement de la population européenne en serait la première cause.

Au cours des 30 prochaines années, l'âge moyen va continuer à s'accroître dans les pays européens, en raison du vieillissement des enfants du « baby boom », de l'allongement de la durée de vie et de l'abaissement de la fécondité. A l'horizon 2030, le ratio de dépendance des personnes âgées (nombre de plus de 65 ans par actif) doublera pour atteindre 0,41 en moyenne dans l'U.E. (Commission Européenne 2005). Le vieillissement de la population augmentera la pression sur les systèmes de financement de la santé et nécessitera des adaptations. Pour l'OCDE, à l'horizon 2040 cette évolution entraînera une augmentation de prés de 50 % de la part des dépenses de santé dans le revenu des pays de l'U.E. (OCDE 1998). En effet, les dépenses de santé sont plus élevées pour les personnes âgées. En Europe, le rapport des dépenses de santé des personnes âgées sur celle du reste de la population est égal à trois, notamment car le cout des soins dépend étroitement de la durée d'hospitalisation (Graphique 3).

Graphique 3 : L'équation des couts dans les hopitaux publics en France



Source : Calcul de l'auteur à partir de données de l'ATIH.

[18] Source : McKinsey 2008.
[19] Sondage de Treatment Abroad Medical Tourism Survey.

Le doublement de la charge par actif devrait être financé, d'une part, par des gains de productivité et, d'autre part, par des économies sur les coûts de prise en charge des personnes âgées. L'impact du progrès technique est incertain. Les comportements de consommation de patients et le rôle prescripteur du médecin construisent une fonction de demande qui n'est pas toujours décroissante avec les prix, contrairement au format de la rationalité idéalisée des manuels d'économie. En conséquence, à travers les phénomènes de demandes induites, le progrès technique dans le domaine médical, qui élargi les possibilités de traitement, alimente souvent la croissance des dépenses de santé, et non leur réduction. En l'état actuel des comportements, les économies proviendront donc d'abord de l'allongement de la période de bonne santé et d'autonomie des personnes âgées.

Dans ce contexte, l'exploitation des gains de l'échange international représente une seconde voie prometteuse pour économiser des ressources. Elle n'est pas exploitée pour l'instant, mais l'enjeu est considérable et suscite déjà des vocations et des études prospectives[20].

Car les perspectives à long terme de la demande internationale des pays européens dépendent des modalités d'adaptation au durcissement des contraintes économiques et démographiques. Les évolutions actuelles indiquent qu'un système de santé plus concurrentiel constitue une orientation de réforme privilégiée. Les taux de remboursement diminuent en Europe pour de nombreux soins et les assurances privées montent en puissance dans le financement de la santé. Si le futur de l'Europe est un scénario de santé concurrentielle, il devrait se traduire par un affaiblissement de la barrière aux échanges que représente la non-portabilité de l'assurance-maladie et, simultanément, la libéralisation du commerce de service de santé. La remise en cause de cette barrière proviendra de sa réforme ou, à défaut, de son contournement. Pour les pouvoirs publics, l'alternative est d'autoriser ou non la portabilité de l'assurance-maladie (publique ou privée). Mais les résultats de deux options pourraient être similaires sur la libéralisation des échanges :

- Si la portabilité devient possible, totalement ou partiellement, la barrière institutionnelle aux échanges disparaît ou s'atténue et le commerce international en « mode 2 » se développe ;

- Si la non-portabilité est maintenue et que les coûts de santé continuent d'augmenter, les taux de prise en charge baisseront et le périmètre de l'assurance maladie soumise à cette non-portabilité diminuera. La contribution directe des ménages augmente et le coût d'opportunité des soins à étranger diminue. Cette évolution incite à une utilisation plus intensive par les ménages d'une offre de soin étrangère compétitive. Ainsi, la contraction de la couverture-maladie suscite le recours aux importations de soins.

Cependant, les interviews menées en France auprès des principaux acteurs institutionnels du secteur de la santé montrent qu'ils demeurent très réticents à envisager une réelle ouverture du marché aux exportations du Sud, par exemple nord-africaines[21].

2.2.3. Le commerce Sud-Sud

Les données et enquêtes disponibles convergent pour souligner la prédominance régionale du commerce international de services de santé. Dans le cas de la Tunisie, 84 % des patients étrangers venaient des pays frontaliers en 2003 (70 % en 2007); en Jordanie, les pays du voisinage représentent 87 % des patients étrangers en 2005 ; Les importations de soins du Royaume Uni proviennent à 61 % de l'UE et celles de l'Allemagne à 88 % de l'UE et de la Suisse (Mortensen 2008) ; La Hongrie exporte d'abord vers l'Autriche, et également vers la Roumanie et l'Allemagne (Obermeier 2009). Les succès de la Thaïlande et de Singapour en Asie proches, respectivement, des pays les plus démunis de l'ASEAN et de la Chine du Sud, et de l'Indonésie, sont conformes à ce principe : En Thaïlande, 90 % des patients étrangers traités en 2002 étaient des expatriés locaux ou d'origine asiatique (tableau 6).

Tableau 6: La polarisation régionale des exportations de services de santé

Origine des patients étrangers (%)	Pays voisins	Pays proches	Reste du Monde
Tunisie (2003)	84	16	
Jordanie (2005)	87		13
Thaïlande (2002)	90		10
Malaisie (2003)	70		30
Singapour (2002)	63	31	6

Sources : Jordan Competitiveness Report 2007, Lautier 2007, Ministere de la Santé Singapour ; Ministère du commerce Thaïlande

[20] Une équipe de la Banque Mondiale a ainsi produit plusieurs études dont l'objectif est de faire apparaitre les gains du commerce international de services de santé pour les systèmes de financement des pays riches. Voir, par exemple, Mattoo & Rathindran 2006, Mattoo 2007.
[21] *Interviews aupres de la CNAM, de la CLEISS, de la Direction de la sécurité sociale, de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), de la chambre syndicale des medecins, des AGF.*

Les exportations de services de santé sont donc souvent « poussées » par les défaillances des pays voisins, au moins autant qu'elle sont « tirées » ou « attirées » par les performances propres du système de santé national. Les flux de patients se dirigent de la pénurie, ou du manque de qualité, vers l'abondance, même relative, dans les pays proches. Ces avantages comparatifs régionaux sont localisés. Ils reposent sur la combinaison d'un ensemble de variables relatives, qui inclut les différences de revenu et de cout, l'importance de la classe moyenne et les inégalités de revenu ainsi que les écarts de qualité des systèmes de santé.

La demande des patients du Sud représente actuellement la principale composante de la demande qui s'adresse aux exportateurs du Sud. Les perspectives de croissance de ce commerce Sud-Sud sont à la fois plus fortes et plus solides que celle du commerce avec le Nord. Le déplacement des ménages du Sud pour bénéficier de soins à l'étranger dépend d'abord de l'écart entre leur revenu individuel et le niveau de qualité du système de santé local. Ce déplacement est susceptible de se déclencher des que cet écart franchit un seuil. Ensuite, la destination précise de cette demande dépend du pouvoir d'achat du ménage et de l'offre médicale des pays voisins :

- Au delà d'un certain niveau de revenu, les systèmes médicaux des pays voisins sont mis en concurrence avec les systèmes et les spécialistes les plus avancés et le cout importe peu. Les ménages les plus riches peuvent ainsi choisir les prestataires de soins les plus réputés dans le monde, en Europe ou aux Etats-Unis.

- Les ménages à revenu intermédiaire des pays voisins, qui disposent d'un revenu suffisant pour acquérir des services coûteux, comme les soins, mais dont les dépenses demeurent soumises à une contrainte budgétaire dure, forment donc le principal potentiel de demande extérieure pour les pays du Sud qui possèdent un avantage comparatif « santé » à une échelle régionale. L'intervalle de revenus correspondant est celui qui caractérise les ménages mobiles au niveau intra-régional et immobiles au niveau extra-régional. Il dépend du revenu absolu des ménages et d'un ensemble de prix relatifs (coût de transport, d'hébergement, des soins,…).

Pour estimer le potentiel de ce dernier type de demande, une méthode consiste à s'appuyer sur les perspectives de croissance des classes moyennes dans les pays voisins. D'après Kharas (2010), qui retient un intervalle de dépense quotidienne par ménage compris entre 10 et 100 $, en parité de pouvoir d'achat, les classes moyennes représenteraient 105 millions de personnes en Afrique du Nord et Moyen-Orient (MENA) en 2009 (16 % des classes moyennes européennes), et devraient atteindre 234 millions en 2030 (34 % de l'Europe). Si on estime que ces ménages consacre 5 % de leurs revenus à la santé, et que leur revenu moyen est de 50 $/jour, alors le recours à des prestataires régionaux par 1% seulement des patients representerait actuellement un marché régional (MENA) de prés de 1 milliard $ par an. Une autre méthode pour estimer la demande régionale repose sur la prise en compte des dépenses privées de santé. Pour les pays du Sud de la Méditerranée (Jordanie inclus), l'ensemble des dépenses de soins financés directement par les ménages atteint 12,5 milliards $ en 2010 (tableau 7). L'étape suivante consiste à estimer le ratio d'importation de soins sur la dépense totale. Elle nécessite des enquêtes spécifiques. Dans le cas de la Lybie, les résultats de l'enquête menée en 2005 (Lautier 2007), rapprochée des données de l'OMS montre que ce ratio est probablement supérieur à 10%. Une proportion de 5% constituerait déjà un marché sub-régional de l'ordre de 600 millions $.

Tableau 7 : Les dépenses de santé dans le Sud de la Méditerranée

2010	Dépenses de santé / PIB (%)	Part des dépenses publiques (%)	Part des dépenses privées (%)	Valeur des dépenses privées (millions $)
Maroc	5,2	38	62	1426
Algérie	4,2	78	22	1503
Tunisie	6,2	54	46	1253
Lybie	3,9	69	31	1098
Egypte	4,7	37	63	6440
Liban	7	39	61	2643
Jordanie	8	68	32	683

Source : Calcul de l'auteur, à partir de données OMS et WDI.

3. Enjeux et impact des exportations de services de santé

L'évaluation précise des flux de services de santé et de leur impact dans la région dépasse les perspectives de la présente étude. On se propose ici donc de souligner certaines réalités de ce commerce et de ses enjeux pour les économies et les systèmes de santé nationaux. Ces aspects seront illustrés par les expériences de la Tunisie, qui est le principal exportateur de soins en Afrique du Nord et de la Jordanie, son seul concurrent significatif au Sud de la Méditerranée, qui attire en particulier de nombreux patients lybiens et égyptiens.

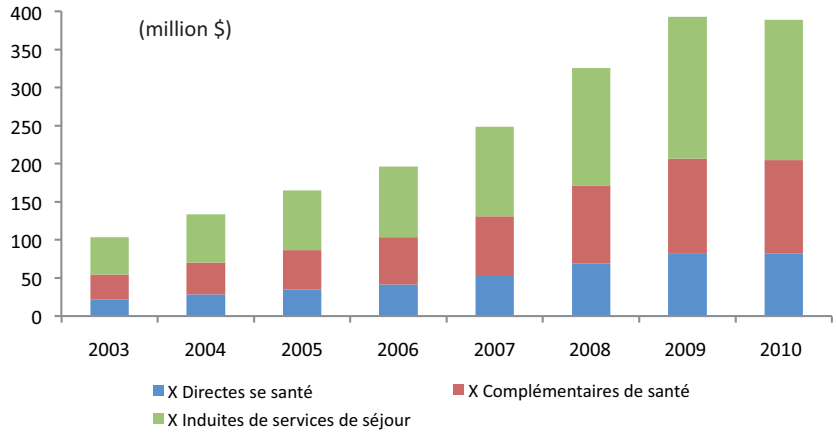
3.1 Recettes d'exportation

Dans une précédente étude, nous avions estimé à partir d'une enquête de terrain que la Tunisie avait accueilli 42000 patients étrangers en 2003 (Lautier 2007). Ce chiffre est repris depuis comme niveau initial pour la Tunisie dans les estimations officielles. Celles-ci annoncent prés de 60 000 patients étrangers en 2005 et 102 000 en 2007[22]. Ce qui est cohérent avec les données de recettes d'exportation. La projection de celles-ci correspond à l'entrée de prés de 150 000 patients étrangers en 2010.

Les recettes d'exportations directes de services de santé de la Tunisie représentaient en effet 82 millions $ en 2010, contre 22 millions $ en 2003, d'après les données de la Banque Centrale reprises par le FMI. Cependant ces chiffres ne prennent apparemment en compte que les facturations de soins à des étrangers déclarées par les cliniques privées, ainsi que par les quelques établissements publics concernés. Or le cout total des soins ajoute à la facture de la clinique le prix des médicaments et les honoraires des médecins et chirurgiens extérieurs. Le coût total des soins représente ainsi environ 2,5 fois la facture de la clinique[23]. Si on applique ce coefficient aux exportations directes de santé, alors les exportations totales de services de santé atteindrait 205 millions $ en 2010.

De plus, les exportations de services de santé au sens strict (traitement médicaux et pharmaceutiques) ne représentent pas les seules recettes d'exportation provoquées par la fourniture de soins à des patients étrangers. Ces soins induisent également des dépenses de séjour en Tunisie, pour les patients eux-mêmes (préparation, convalescence), pour leur famille ou leurs accompagnateurs. En retenant des hypothèses modérées sur la durée et le coût de ces séjours induits, on obtient une dépense totale de séjour induite par les exportations de services de santé équivalente à 90 % de celles-ci. La prise en compte de ces dépenses additionnelles porte la recette totale en devises générée par les exportations de services de santé à 389 millions $ en 2010 (graphique 5).

Graphique 5 : Recettes d'exportation induites par le traitement de patients étrangers en Tunisie



Source : Estimations de l'auteur.

[22] *Source : Ministere de la santé.*
[23] *En moyenne le coût des médicaments représente 70 % de la facture de la clinique et celui des honoraires médicaux 80 %.*

En Jordanie, les exportations de services de santé sont plus délicates à apprécier car cette ligne n'est pas renseignée dans la balance des paiements. Les chiffres fournis par le ministère de la santé indiquent que la Jordanie a attiré 108000 patients étrangers en 2005, contre 98000 en 1998. La croissance de cette activité est donc beaucoup plus modeste qu'en Tunisie. L'estimation du montant annuel des exportations de services de santé varie suivant les sources et serait compris entre 500 et 1000 millions $. La plupart des patients proviennent de la région. Comme en Tunisie, les services de santé induisent des dépenses de séjour liées importantes. Les patients d'Arabie Saoudite, de Libye et du Yemen qui se rendent en Jordanie sont en effet accompagnés de plus de trois personnes en moyenne[24].

3.2. Autres contributions économiques

La résilience des exportations de services de santé, combinée à une activité touristique et à une croissance économique fragilisées, se traduit par une augmentation du poids de cette activité et des services induits dans l'économie tunisienne. Sur la période, le poids relatif de cet ensemble aurait doublé (tableau 8).

Table 8: The Impact of Exports Health and Induced Services in Tunisia

(%)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Exportations de services santé et induits / exportations de services de tourisme	6.5	6.8	7.7	8.6	9.6	11	14.2	14.7
Exportations de services santé et induits / PIB	0.38	0.43	0.51	0.57	0.64	0.73	0.90	0.88

Source: Estimations de l'auteur

La contribution de ces exportations au PIB est inférieur à 0,9 % (en 2009), car la production de ces services incorpore des consommations intermédiaires qui en réduise la valeur ajoutée. Cependant, le taux de valeur ajoutée des services de santé (au sens strict) est élevé, autour de 60%-65%. De plus, le faible contenu en importation des services de santé leur permet d'apporter une contribution à l'équilibre de la balance commerciale supérieure à leur poids dans la production ou les exportations. En Jordanie, les exportations de soins représente autour de 4 % du PIB et prés de 15 % des exportations de services de tourisme, d'après les données disponibles.

Pour estimer la contribution totale des exportations de services de santé à l'économie, il faut également tenir compte des effets d'entraînement inter-branches. Les ventes de services induits de séjours, pris en compte plus haut, se situent plutôt en aval de la production des services de santé. Mais celle-ci engendre également des dépenses en amont sous la forme d'achats aux autres branches de l'économie et qui se traduisent par un effet multiplicateur dont l'intensité se mesure dans un tableau entrée-sorties. L'évaluation de ce coefficient, par deux études réalisées en France et en Thaïlande, suggère que le multiplicateur d'activité des services de santé est d'environ 1,5 (Auray et Duru 1995 ; Janjoeren et Supakankunti 2002). Cela signifie qu'une augmentation de la demande finale de 1000 adressée aux médecins et aux cliniques induit, en amont, une augmentation de 500 de la demande intermédiaire adressée aux autres secteurs économiques.

Par ailleurs, les activités de soins générent des effets d'entrainement puissants sur l'industrie pharmaceutique ; à la fois à court terme par les achats induits et également à long terme par l'appui fourni à la construction de la filière (notoriété, expertise, débouché commercial,…).

Conséquence du niveau moyen de qualification dans le secteur santé, la productivité du travail est élevée et les exportations y créent relativement moins d'emplois que dans d'autres branches.

[24] Source : Ministere de la santé, étude provisoire sur le tourisme médical, 2004 ; Jordan Competitiveness Report 2007.

La productivité dans le secteur santé est environ 1,5 fois supérieure au secteur du tourisme en Tunisie. A partir d'une évaluation de la contribution des exportations de services de santé à celle de l'ensemble du secteur, la création d'emploi due aux exportations était estimée à environ 5000, dont 2800 emplois médicaux et plus de 2200 emplois de personnel d'appui hospitalier en 2003 (Lautier 2007). L'intensité en emploi des activités de services de séjour induits est plus élevée et représente en effet 5 430 emplois[25]. La projection de ces résultats sur l'activité 2010, en faisant l'hypothèse de ratio emploi/patients étrangers stables, conduit à une estimation d'environ 37000 emplois directement générés par les exportations de soins en Tunisie, dont prés de 20000 dans les services de séjour et d'hébergement, prés de 10000 emplois médicaux (médecins, infirmières) et environ 8000 personnels d'appui médical.

Pour la Jordanie, on ne dispose pas de données fiables sur la contribution des exportations de soins à l'emploi. L'association coréenne de medecine internationale (KIMA) estime que 6 emplois médicaux sont créés par le traitement de 100 patients étrangers ; Ce qui est conforme à nos estimations pour la Tunisie. Appliqué à la Jordanie, qui a accueilli 108000 patients étrangers en 2005, l'emploi médical induit représenterait alors environ 6500 personnes.

3.3. Conséquences pour le système de santé et risque de dualisme médical

Dans l'analyse des effets des exportations sur les systèmes de santé nationaux, les questions d'accès au soin, d'équité, et le risque d'instauration ou d'accentuation du « dualisme médical » sont prédominants. *« les bénéfices qui pourraient provenir du développement des opportunités commerciales doivent être appréciées en fonction des effets négatifs potentiel »* indique des sa troisième page le rapport de synthèse d'une conférence commune CNUCED-OMC (UNCTAD 1998). Cette inquiétude est centrale dans les travaux et débats sur les enjeux du GATS et de la libéralisation commerciale dans le domaine de la santé (Blouin 2007 ; Drager 2004 ; Smith et Blouin 2007). Elle repose sur l'idée que le développement des exportations s'oppose aux objectifs de santé publique car il risque de provoquer une diversion de ressources par le transfert de ressources médicales vers le traitement des étrangers, au détriment de celui des patients nationaux. Dans cette perspective, on assisterait à un déplacement de ressources et d'investissements vers dessoins et des pathologies déconnectés des besoins nationaux et choisis en fonction de leur potentiel commercial à l'exportation et à la formation d'un système de santé « dual » ; les objectifs d'exportation et de santé publique seraient contradictoires.

Cette crainte s'est nourrie des spécificités des pays du Sud précurseurs du tourisme médical, comme l'Afrique du Sud ou le Brésil, qui se distinguaient par la coexistence, d'une part, d'une offre de soins privée sophistiquée et de réputation mondiale et, d'autre part, de l'absence d'accès aux soins de base d'une grande partie de la population. A l'appui de cette idée, on évoque des situations telle que l'exode rurale des médecins, comme par exemple en Inde, où 73% des médecins exerce en ville, alors que plus de 70% de la population est rurale (Chasles 2011). Cependant, en l'état actuel des travaux, cette inquiétude ne repose sur aucune causalité établie entre la croissance des exportations et les inégalités dans la distribution des soins. Les expériences disponibles montrent plutôt que la plupart des grands pays exportateurs du Sud disposent de systèmes de santé publique qui offrent un large accès aux soins. C'est le cas de la Thaïlande ou de Singapour en Asie, comme de la Tunisie et de la Jordanie. Le commerce international représente une force trop modeste pour déclencher le dualisme médical. Par contre le dualisme est provoqué par les inégalités dans la distribution des ressources et les déséquilibres dus au développement trop exclusif du secteur privé. Au Bengladesh, l'absentéisme des médecins dans les dispensaires publics atteint 74 % ; En Guinée, le quintile le plus riche de la population bénéficie de 48 % des dépenses publiques de santé (Smith, Blouin 2007). L'amélioration de l'équité dans ce domaine dépend donc des politiques publiques de réglementation de l'offre médicale et de la consolidation du système public de santé (contrôle de la distribution des ressources ; limitation des écarts de tarification ; obligation d'exercer dans le système public après formation, etc.). En définitive, exportation et dualisme médical peuvent être corrélés, mais la causalité part du dualisme vers l'exportation : l'existence d'une offre de services sophistiqués, et par ailleurs non-consommables par l'essentiel de la population, peut en effet représenter un facteur d'attractivité

[25] Estimation à partir des données d'emploi et de valeur ajoutée du tourisme construites par le WTTC.

de patients étrangers. Pour l'instant, les exportations ne provoquent pas le dualisme. Eventuellement, le dualisme les précède.

Dans l'autre sens, le développement d'une activité d'exportation de services de santé peut contribuer à la consolidation de la structure d'offre de soins nationale et à l'amélioration de ses performances techniques. En effet, une première conséquence de la croissance des exportations est d'augmenter les revenus des professionnels concernés. Ce gain réduit l'incitation du personnel médical à s'expatrier dans des pays plus riches. Les fuites de compétences (« brain-drain ») sont très importantes dans certains pays du Sud[26]. Cette émigration représente une perte sociale considérable car les investissements publics de formation de ses médecins et infirmières ne profitent pas aux pays, en général pauvres, qui les ont financé[27]. Ces mouvements de personnel sont d'abord déterminés par le différentiel entre l'espérance de revenu sur le territoire national et à l'étranger. Lorsque ce différentiel dépasse le coût d'opportunité du départ, il déclenche l'émigration. L'apparition de meilleures opportunités de carrière et de revenu par le développement d'une activité d'exportation de soins crée une force centripète qui accroit le coût d'opportunité du départ et freine l'émigration médicale.Par ailleurs, l'élargissement de la demande effective, lié à des exportations, peut permettre l'investissement dans des équipements plus sophistiqués que ceux que le seul marché intérieur peut amortir et contribuer, ainsi, à améliorer les performances techniques du secteur. La généralisation des procédures de certification et d'accréditation internationales des cliniques dans les pays exportateurs (Thaïlande, Tunisie) participe également à cette consolidation de la structure d'offre.

[26] En Ethiopie, par exemple, 56% des médecins diplômés de la faculté de médecine d'Addis Abbeba entre 1984 et 1994 avait émigré en 1996 ; Au Ghana, sur un échantillon de 65 médecins diplômés en 1985, seuls 22 étaient toujours dans le pays en 1997 ; l'émigration des personnels médicaux de Jamaïque est telle que 50% des postes d'infirmières ne peuvent être pourvus ;… (Gobrecht 2004, UNCTAD 1998, World Bank 2003).
[27] D'apres la Banque Mondiale, les 600 médecins sud-africains qui exercent en Nouvelle-Zélande représenteraient une perte estimée à 37 mio USD pour l'Afrique du Sud (World Bank 2003).

4. Perspectives

L'examen des expériences disponibles montre que les pays du Sud sont confrontés à deux débouchés. La première composante de la demande internationale qui leur est adressée est formée des patients des pays voisins. Ce commerce Sud-Sud représente actuellement le principal débouché des exportations de soins. Mais le potentiel d'échange apparait très supérieur avec les pays du Nord. Cependant, il s'inscrit dans un horizon plus éloigné et plus incertain. Pour les pays concernés, les perspectives de développement et de promotion des exportations de services de santé sont distinctes suivant le segment visé.

4.1. Marchés du Sud : L'import-substitution régionale

Alors que la complémentarité économique entre la demande européenne et l'offre du Sud de la Méditerranée est évidente, la réalité des échanges est Sud-Sud et s'inscrit d'abord dans une dimension régionale. Le principe de voisinage observé ici se retrouve dans les autres régions du monde. Cette régionalisation des échanges s'explique en particulier par le niveau de qualité « intermédiaire » de l'offre de soins des pays du Sud, dont l'attractivité déborde difficilement le périmètre régional. Les patients extra-régionaux - cad : situés au delà d'une certaine distance du prestataire - peuvent arbitrer en faveur de pôles de santé plus avancés, situés en Europe ou aux Etats-Unis. Les flux de patients Sud-Sud se substituent cependant souvent à d'anciens flux Sud-Nord. La régionalisation des échanges de services de santé s'explique ainsi en grande partie par un processus d'import-substitution au niveau régional : les prestataires du Sud soignent des patients qui auparavant se rendaient en Europe.

Le commerce international de service de santé des pays du Sud est donc d'abord orienté par les avantages comparatifs régionaux : Le flux d'exportation effectif dépend autant des performances absolues du pays exportateur que de l'écart de performance avec ses voisins ; le volume de ce commerce est donc lié à la taille du marché régional, grandeur plus pertinente que celle du marché mondial pour apprécier un potentiel national d'exportation. Sur ce plan, la Thaïlande, proche de la Chine mais aussi du Myanmar, du Laos ou du Cambodge, ou la Malaisie, à proximité de l'Indonésie, paraissent à première vue plus favorisées que la Tunisie, la Jordanie où le Maroc, pour lesquels le bassin régional est étroit.

Partout, le principal enjeu pour les pays exportateurs est d'amplifier cette dynamique d'import-substitution régionale, en consolidant leur compétitivité et en élargissant son périmètre d'application. A moyen terme un défi essentiel en Afrique du Nord pour ce secteur, comme pour d'autres, porte donc sur l'ouverture commerciale Sud-Sud entre les pays arabes. Actuellement la région Afrique du Nord- Moyen Orient constitue l'un des espaces commerciaux les plus fragmentés du Monde. Malgré la mise en place d'un accord de libre-échange régional entre le Maroc, la Tunisie, L'Egypte et la Jordanie (processus d'Agadir), les échanges entre les pays du Sud de la Méditerranée ne représente, en moyenne, que 4 % de leurs commerce extérieur ! Le décloisonnement de ces marchés peut donc libérer un vaste potentiel d'échanges régionaux.

Par ailleurs, un pays comme la Tunisie, ou le Maroc, dispose d'un vaste débouché ntiel au Sud du Maghreb, de la Mauritanie au Tchad, voire au-delà en Afrique de l'Ouest. Le bassin commercial régional des exportateurs du Maghreb peut être étendu à la zone du Sahel, sous conditions du maintien de l'avantage de cout vis-à-vis du Nord et d'une efficacité suffisante des réseaux de transports. Pour d'évidentes raisons de proximité et de complémentarité, la Mauritanie représente une cible privilégiée d'extension de ce périmètre régional d'exportation ; le Sénégal pourrait venir ensuite. Des enquêtes seraient néanmoins utiles pour délimiter les contours précis de ce nouveau potentiel régional.

La promotion des exportations dans cette dernière direction serait facilitée par la mise en place d'accord bilatéraux entre gouvernements afin d'harmoniser les cadres légaux et techniques d'activités. Des accords de couverture médicale mutuelle et/ou de transportabilité temporaire des assurances sociales pour les visiteurs et touristes peuvent être une première étape. Cependant, au stade actuel d'immaturité du secteur et

de faiblesses des flux, les mesures de promotion prioritaires doivent viser la construction et la consolidation du marché régional. A ce stade, on peut suggérer en particulier :

- L'intensification de l'accueil de personnel médical des pays ciblés, en formation, en stage court ou long ; le développement d'accord de jumelage, de partenariats (« twinnings ») entre cliniques, hôpitaux, associations de professionnels de la santé.

- La mise en place et la promotion d'une offre complète de soins destinées aux grands prescripteurs privés ou semi-publics des pays ciblés (contrats d'assurance santé entreprise), comme les filiales d'entreprises étrangères, les organisations internationales et leurs bureaux, les grandes entreprises régionales (ex : SNIM en Mauritanie), les compagnies d'assurance.

4.2. Marchés du Nord : Les synergies Tourisme-Santé

La consommation de services de santé représente une dépense élevée et croissante dans les pays du Nord. A proximité, certains pays du Sud disposent d'un avantage compétitif évident. Malgré ces complémentarités, le taux d'ouverture du secteur des services de santé demeure pourtant très faible ; le commerce mondial dans ce secteur ne représente qu'environ 0,5 % des dépenses de santé des seuls pays de l'OCDE (Lautier 2007). Des barrières puissantes empêchent donc l'expansion de ce commerce. Elles trouvent leur origine dans la nature particulière des prestations de santé qui sont à la fois « intensives en réglementation » et « intensives en confiance » ; Ce qui engendre des couts de transaction considérables. L'absence de portabilité de l'assurance-maladie des patients cristallise ce premier aspect. Cette barrière dépend des évolutions réglementaires dans les pays d'importation. Pour la seconde barrière, nous avons évoqué plus haut le cout psychologique du déplacement à l'étranger. Ce cout est d'abord lié à l'aversion pour le risque des patients et à leur évaluation de ce risque, qui n'est pas négligeable. Les prestataires de santé du Sud doivent absolument investir pour réduire ce cout, en utilisant les différentes mesures disponibles (politique d'image ; mise en place de réseaux internationaux de prestataires ; garanties contractuelles élargies ; accréditations internationales, etc.).

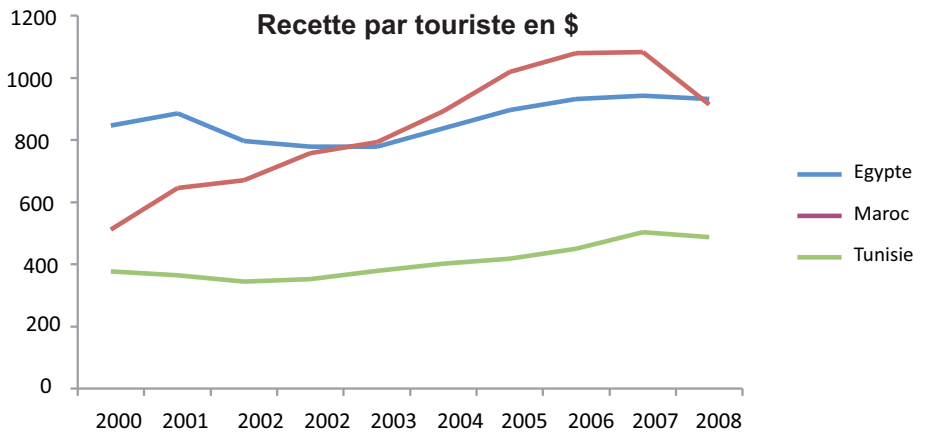
Sur ce plan, l'importance de l'activité touristique dans les pays concernés représente un atout précieux pour promouvoir les exportations de services de santé. L'attraction d'étrangers exercée par l'offre touristique génère en effet mécaniquement des flux de patients vers les cliniques tunisiennes, marocaines ou égyptiennes. L'accumulation du nombre de patients étrangers (bien) soignés produit des effets d'expérience et une notoriété, qui construisent la confiance dans un système de santé et améliore son image internationale. Le tourisme contribue ainsi à réduire la distance psychologique entre les patients européens et l'offre de soins de la Tunisie ou du Maroc. Il participe à la diffusion internationale de la (bonne) réputation médicale de ces pays, à condition que la visibilité internationale de ces expériences soit suffisante.

Dans l'autre sens, la compétitivité du secteur santé ouvre un potentiel de diversification et de montée en gamme de l'offre touristique vers des segments qui attirent une part croissante de la demande européenne. Le tourisme et la santé sont des services destinés aux ménages et la compétitivité internationale de ces deux secteurs partage plusieurs facteurs communs. Le développement de ces deux activités s'appuie en particulier sur un ensemble d'externalités et de biens publics et semi-publics, dont l'absence constitue une barrière à l'entrée dans les deux cas. La consolidation de la compétitivité de l'un des deux secteurs, participe donc au renforcement de la compétitivité de l'autre[28].

Dans le cas de la Tunisie en particulier, qui est enfermée dans une spécialisation bas de gamme, l'industrie du tourisme doit mettre en œuvre une stratégie de différenciation ascendante. Son offre de tourisme de masse se commercialise en effet à des prix bas et les recettes par touriste sont particulièrement faibles, comme le montre le graphique 6. Or, face à ses principaux concurrents, la Tunisie dispose d'un réel avantage relatif dans le secteur santé-bien être.

[28] Les facteurs de compétitivité communs aux services de tourisme et de santé comprennent notamment les infrastructures de transport, les infrastructures hôtelières, la qualité du service, la compétence et la proximité linguistiques, la sécurité et la stabilité, la santé publique et les risques médicaux, le taux de change.

Graphique 6 : Evolution des recettes par touriste en AFN.



Source : WTTC

La cohérence d'une telle stratégie de différenciation repose sur la combinaison de produits balnéaires de qualité et d'un avantage comparatif dans les secteurs santé et para-santé. Elle se traduit par l'offre d'une continuité de services : du tourisme traditionnel, de type balnéaire, vers des prestations plus intensives en soins paramédicaux et médicaux, comme la thalassothérapie, les cures, la cosmétique, la chirurgie esthétique ou la dentisterie de confort. Les cibles sont les personnes bien portantes (qui se déplacent aisément) et non les malades. Les prestations visent des consommateurs de soins, éventuellement médicaux, plutôt que des patients. Le débouché principal est probablement dominé par la clientèle féminine et celle des plus de quarante ans, qui expriment une demande plus forte pour ce type de prestations. Cette spécialisation offre notamment l'opportunité d'une moindre saisonnalité commerciale et d'une dépense plus élevée par touriste.

Le développement d'une offre touristique axée sur la santé et le bien-être apparait bien adaptée aux perspectives d'évolution de la demande européenne et à son vieillissement. L'analyse des comportements de consommation touristique par âge montre en effet une relation positive entre la spécialisation sur le tourisme de bien-être et l'attractivité d'une destination pour les personnes âgées. La faiblesse du système de santé représente ainsi un problème potentiel pour le Maroc, où la demande et les besoins devraient augmenter car les européens âgés sont de plus en plus nombreux à effectuer des séjours longs, notamment autour d'Agadir et de Marrakech. Des difficultés similaires s'annoncent également en Egypte, où les promoteurs cherchent à attirer des retraités britanniques sur sa cote Nord.

Conclusion

Le commerce international de services de santé augmente rapidement depuis la fin des années 1990. Son poids dans le total mondial de services de tourisme est passé de 1,2 % en 1997 à 1,5 % en 2010. Les exportateurs du Sud, définis par un large périmètre, sont les plus dynamiques dans ce secteur. Depuis 2007, leurs exportations estimées de services de santé ont dépassé celles du Nord. La part de marché apparente du Sud est de 54 % et celle du Nord de 46 % en 2010. Dans la région Méditerranéenne, des stratégies explicites de promotion de ces exportations sont mises en œuvre par des acteurs privés (Maroc, Liban, Egypte, Tunisie, Turquie) et par les pouvoirs publics (Jordanie, Tunisie), et envisagées par des organisations multilatérales. L'exportation de services de santé a par exemple été ciblée pour la Tunisie par l'ITC (2004) puis par la Banque mondiale (Banque Mondiale 2008).

Alors que la complémentarité économique entre la demande européenne et l'offre du Sud de la Méditerranée est forte, les flux commerciaux sont orientés dans le sens Sud-Sud. Ce principe de voisinage est également observé dans les autres régions du monde. Les changements politiques et institutionnels en cours en Afrique du Nord auront sans aucun doute des effets déterminants sur l'évolution du commerce régional de services de santé. A court terme, l'instabilité détourne les patients vers d'autres territoires et fragilise les systèmes de santé. A moyen terme, la compétitivité internationale du secteur de la santé offre des opportunités de consolidation du secteur du tourisme et/ou de diversification de l'offre touristique vers des prestations de bien-être, qui attirent une part croissante de la demande européenne (cures, balnéothérapie, thalassothérapie, etc.). Le tourisme et les exportations de services de santé sont en effet complémentaires. L'activité touristique génère des flux de patients étrangers vers les cliniques et praticiens locaux qui, de retour en Europe, constituent de précieux vecteurs d'image et de notoriété. Le tourisme contribue ainsi à réduire la distance psychologique entre les patients européens et l'offre locale de soins ; Il diminue le cout psychologique du déplacement à l'étranger. Dans l'autre sens, la bonne réputation internationale d'un système de santé crédibilise une offre de services touristique de bien être à plus forte valeur ajoutée.

L'essentiel de la demande européenne de soins demeure néanmoins hors de portée des prestataires d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. Cependant, il n'est pas démontré que la barrière institutionnelle que représente l'actuelle non-portabilité de l'assurance-maladie constitue la cause majeure de la modestie du commerce Nord-Sud dans la région. Il existe en effet d'autres freins majeurs au déplacement international des patients qui proviennent surtout de la spécificité des couts de transaction dans le domaine de la santé. Avant de développer des stratégies de promotion d'exportation ambitieuses dans ce domaine, les acteurs concernés devraient chercher à évaluer le poids relatif de ces deux catégories de barrières aux échanges.

Afin d'apprécier si des mesures de libéralisation - par exemple une réforme de la portabilité- peuvent générer une expansion significative des échanges, il faut examiner les comportements de consommation des patients lorsque l'offre de services de santé est organisé en marché. Dans cette perspective une première investigation peut porter sur l'évolution des échanges de services de santé à l'intérieur de l'U.E, puisque les récentes réformes réglementaires ont, de facto, ouvert les secteurs de la santé à la concurrence étrangère (intra U.E.). Une autre possibilité est d'analyser et d'estimer l'ampleur du commerce international de chirurgie esthétique. Dans ce secteur, aucun système d'assurance-maladie ne contraint le patient à l'immobilité internationale et, en théorie, la concurrence internationale peut fonctionner. Dans les deux cas, la principale difficulté consiste à obtenir des données pertinentes.

Synthese des Conclusions et Recommandations

Objectif qualité : Evitez la différenciation par les prix; Cible trop étroite

Au Nord, pour les soins marchands, l'offre des prestataires du Sud de la Méditerranée est confrontée à la concurrence de systèmes de santé beaucoup plus réputés (France, Suisse).

→ Les ménages européens dont les ressources financières sont trop faibles pour se faire soigner en France, mais suffisantes pour se rendre en AfN est une cible étroite.

Au Sud,

→ la régionalisation des échanges repose sur une compétitivité fondée sur le différentiel de qualité, non sur un avantage-cout.

Réduire le cout psychologique du traitement à l'étranger

Qui augmente avec :

- L'absence de continuité du service médical
- Le manque de réponses aux questions suivantes:
  Quel médecin effectuera les soins complémentaires au retour en cas de complication?
  Qui les financera et qui sera responsable en cas d'erreur médicale ou de mauvais traitement à l'étranger ?
- La non couverture par les assurances privées et les publiques de ce type de risque.
- L'anxiété et l'exigence croissantes des patients

Mesures :

- Politique d'image, accréditations internationales, mais surtout :
- Mise en place de réseaux internationaux de prestataires;
- Elargissement des garanties contractuelles. (Socialisation des risques probablement necessaire)

Priorité 1 : L'import-substitution régionale

Cible : Les ménages à revenu intermédiaire ; mobiles au niveau intra-régional et immobiles au niveau extra-régional.

Volume : Estimation classe moyenne 105 millions en MENA en 2009; 234 millions en 2030

Condition : Elargir et densifier le bassin régional des exportateurs de soins

→ l'ouverture commerciale Sud-Sud entre les pays arabes; Au delà d'Agadir
→ Elargir le périmetre commercial au Sahel

Mesures possibles :

→ Accueil de personnel médical des pays ciblés, en formation, en stage court ou long
→ Développement d'accord de jumelage, de partenariats (« twinnings ») entre cliniques, hôpitaux, associations de professionnels de la santé

→ Mise en place et promotion d'une offre complète de soins destinées aux grands prescripteurs privés ou semi-publics des pays ciblés

Priorité 2 : Exploiter, developper et valoriser les synergies tourisme-santé

- Le levier du tourisme

Les prestations de santé sont « intensives en réglementation » et « intensives en confiance » : Des couts de transaction considérables. Le tourisme réduit la distance psychologique entre les patients européens et l'offre de soins de la Tunisie ou du Maroc.

L'accumulation du nombre de patients étrangers (bien) soignés engendre notoriété et image; Construit la confiance dans un système de santé.

→ Diffusion internationale de la (bonne) réputation médicale de ces pays, à condition que la visibilité internationale de ces expériences soit suffisante.

- La santé, axe de montée en gamme du tourisme

Santé et Tourisme : Plusieurs facteurs de compétitivité communs
Segment du tourisme de bien-être :

- Cible : Personnes bien portantes (qui se déplacent aisément) et non les malades; des consommateurs de soins plutôt que des patients.
- Cohérence: Stratégie qui repose sur la combinaison de produits balnéaires de qualité et d'un avantage comparatif dans les secteurs santé et para-santé. Offre d'une continuité de services
- Atouts : Adaptée aux perspectives d'évolution de la demande européenne et à son vieillissement. Moindre saisonnalité commerciale et dépense par touriste plus élevée

Références

Alsarraf and al (2002), « Cosmetic Surgery Procedures as Luxury Goods: Measuring Price and Demand in Facial Plastic Surgery », Archives of Facial Plastic Surgery, n°4, pp 105-110.

Arunanondchai, J and Fink, C (2007) Trade in Health Services in the ASEAN Region, World Bank Policy Research Working Paper No. 4147.

Benavides D.D. (2002), « Trade policies and export of Heath services : a development perspective », in Drager N et Vieira C. ed (2002).

Blouin, C., Drager, N., & Smith, R. (Eds.). (2006). International trade in health services and the GATS: Current issues and debates. World Bank/World Health Organization.

Bose J., Sumathi B. - Medical tourism, perspectives and specific country experiences, IFCAI University Press, 2008

Branchet F. (2003), « Chirurgie esthétique, la responsabilité », Annales de chirurgie plastique esthétique 48, p 313–314

Chanda R. (2002), « Trade in Health services », Bulletin of the WHO 80(2).

Chasles V. (2011), « Les nouvelles dynamiques du tourisme dans le monde », Géoconfluences, http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/typespace/tourisme/TourScient2.htm

Clift S. et Page J. (1996), Health and international Tourism, Routledge, Londres et New York.

Commission Européenne (2005), Livre vert : Face aux changements démographiques, une nouvelle solidarité entre générations, Bruxelles.

Competitiveness Team (2004), Medical Tourism. Cluster Study, Ministry of Planning and International Cooperation, Avril, Amman.

Diallo, K. (2004). Data on the migration of health-care workers: sources, uses and challenges. Bulletin of the WHO, 82(8).

Doan B.D. (1999), « L'impact du vieillissement sur les dépenses de santé à l'horizon 2020 », Futuribles n°12.

Drager N. (2004), « Trade in Health services and GATS », Document powerpoint, WHO.

Drager N et Vieira C. ed (2002), Trade in Health services : global, regional and country perspectives, Pan American Health Organisation, Washington.

Economic Development Board (2003), The health sector in Singapore, Singapour.

Fakhouri G., Okour R.A. (2004), « Trade in Health Services : Jordan Case Study », WHO-EMRO, Novembre.
Gobrecht J et al (2004), « Measuring trade in Health services », Globalization, trade and health working paper series, Juillet, OMS.

Hepner Y. (2003), Chirurgie esthétique : le Syndicat, Annales de chirurgie plastique esthétique 48, p 315–318

Herman L (2009), "Assessing International Trade in Healthcare Services", ECIPE Working Paper, n°. 03/2009

International Trade Center (2004), Evaluation des exportations de services tunisiens et de leur évolution, de 1998 à 2003, rapport final, Geneve.

Jacobzone S. (1999), « Ageing and core for frail elderly persons : an overview of international perspectives », Labour market and social policy Occasional Papers n°38, OCDE.

Janjaroen W.S. et Supakankunti S. (2002), "International trade in health services in the millenium: the case of Thailand", in Drager N et Vieira C. ed (2002).

Jordan Competitiveness Report (2007), Medical Tourism.

Karsenty G. (2001), "International trade in services statistics and trade in Health services", WTO.

Kharas H. (2010), The emerging middle class in developing countries, OECD Development Center, Working Paper No. 285.

Khoo L (2003), "Trends in foreign patient admission in Singapore", Ministry of Health information paper 2003/1, Singapour.

Krieger L.M. and Shaw W.W. (1999a), «Pricing strategy for aesthetic surgery : Economic analysis of resident clinic's change in fees", Plastic and reconstructive surgery, 103, 2.

Krieger L.M. and Shaw W.W. (1999b), « The financial environment of aesthetic surgery : Results of a survey of Plastic surgeons", Plastic and reconstructive surgery, 104, 7

Kronfol N.M. (2005), "The Trade in Health Services : Lebanon as a case study", draft , WHO-EMRO, Fevrier.

Lautier M. (2007), « Les pays en développement et le commerce international de services de santé : Une comparaison Tunisie-Jordanie », Economies et sociétés, série EGS, n°8,

Malaysia Institute for Economic research (2002), "Health tourism to drive earnings", Kuala-Lumpur.

Mattoo, A., & Rathindran, R. (2006). "How health insurance inhibits trade in health care". Health Affairs, 25(2).

Mc Kinsey (2008), Mapping the market for medical travel, Mc Kinsery Quarterly, Mai.

Ministry of Trade and Industry (2003), "Developing Singapore as the compelling hub for healthcare services in Asia", Singapour.

Mortensen J. (2008)," International Tradfe in Health Services. Assessing the Trade and Trade and the Trade-offs", DIIS Working Paper no 2008/11

OCDE (2003), « Health care systems : lessons form the reform experiences », Economic Department working paper n° 374.
OCDE (1998), « The Macroeconomic Implications of Ageing in a Global Context », Economic Department Working Paper no. 193.

Schut F.T. et al (2003), « Consumer Price Sensitivity and Social Health Insurer Choice in Germany and the Netherlands », International Journal of Health Care Finance and Economics, 3, 117–138,

Simoens, S. and J. Hurst. (2006). "The Supply of Physician Services in OECD Countries". OECD Health Working Papers. Paris: OECD.

Smith, R. D., Blouin, C., Drager, N., & Fidler D. P. (2007). "Trade in health services and the GATS". In A. Mattoo, R. M. Stern, & G.Zanini (Eds.), A handbook of international trade in services. Oxford University Press.

Smith R.D. (2004), « Foreign direct investment and trade in health services : A review of the litterature », Social Science and Medecine 59.

Timmermans K. (2004), « Developing countries and trade in health services : which way is forward? », International Journal of Health Services, Volume 34, Number 3.

UNCTAD et WHO (1998), International Trade In Health Service- A Development Perspective, Geneve, World Health Organization.

UNCTAD (2003), Trade and Development Report 2003.

Wibulpolprasert S. et al (2004), « International service trade and its implications for human resources for health : a case study of Thailand », Human Resources for Health 2 :10, June.

Woodward D, Drager N et al (2001), « Mondialisation et sante : un cadre pour l'analyse et l'action », Bulletin of the World Health Organization, 79 (9).

© 2010 - AfDB - Design, External Relations and Communication Unit/YAL