

Les exportations de services de santé des pays en développement

Le cas tunisien

Marc Lautier

Numéro

25

décembre 2005



Agence Française de Développement

Les exportations de services de santé des pays en développement : le cas tunisien

Marc Lautier
CARE, Université de Rouen

Agence Française de Développement
Département de la Recherche

Avant-propos

Cette recherche, commencée en collaboration avec J.-R. Chaponnière, ingénieur de recherche CNRS au Centre d'économie de Paris Nord (CEPN), a bénéficié de nombreux échanges avec des chercheurs, responsables et professionnels des secteurs de la santé et connexes – en Tunisie, en France, à Genève, Beyrouth, Amman, Rabat, au Caire – que nous tenons à remercier pour leur coopération et leur aide. L'auteur demeure, bien sûr, seul responsable des opinions et conclusions présentées dans cette étude.

Sommaire

RÉSUMÉ	9
ABSTRACT	11
INTRODUCTION	13
1. LE SECTEUR SANTÉ EN TUNISIE	17
1.1. Croissance économique et développement humain	17
1.1.1. Une croissance économique régulière	17
1.1.2. Développement humain et santé	20
1.1.3. Perspectives démographiques	23
1.2. Les composantes du système de santé	26
1.2.1. La demande de services de santé	26
1.2.2. L'offre de services de santé	30
1.2.3. Le financement des dépenses de santé	36
1.3. Emploi et valeur ajoutée	40
1.3.1. Emploi	40
1.3.2. Estimation de la valeur ajoutée et de la productivité des producteurs de services de santé	45
2. LES EXPORTATIONS DE SERVICES DE SANTÉ DE LA TUNISIE ET DE LA JORDANIE	51

2.1. Les exportations de services de santé de Tunisie	52
2.1.1. La substitution aux importations	53
2.1.2. Evaluation des exportations de services de santé	54
2.1.3. Nature et perspectives de la demande extérieure de services de santé	63
2.1.4. Les effets indirects des exportations sur l'économie et le système de santé de la Tunisie.....	75
2.2. Les exportations de services de santé de la Jordanie.....	80
2.3.1. L'ouverture précoce du secteur de la santé	80
2.3.2. Volume et nature des exportations de services de santé.....	82
Conclusion	88

3. LE COMMERCE INTERNATIONAL DE SERVICES DE SANTÉ91

3.1. L'offre mondiale de services de santé.....	94
3.1.1. Evaluer la taille et la croissance du marché mondial.....	94
3.1.2. Les exportateurs de services de santé : une vision d'ensemble	100
3.1.3. A propos des déterminants des exportations de services de santé dans les PED	106
3.2. Perspectives de la demande internationale de services de santé	108
3.2.1. Contexte et enjeux	108
3.2.2. La demande du Sud.....	111
3.2.3. La demande du Nord à court terme	112
3.2.4. La demande du Nord à long terme.....	119
Conclusion.....	124

4. LE TOURISME EN TUNISIE : UNE DIMENSION SANTÉ ?127

4.1. Contexte.....	127
4.2. Le « tourisme de bien-être » : un segment émergent fondé sur un avantage comparatif santé	130

4.2.1. L'intégration de la santé au tourisme : le cluster du tourisme de bien-être	130
4.2.2. Perspectives de la demande	133
4.2.3. La thalassothérapie au cœur de la filière	135
4.2.4. La santé, élément d'attractivité touristique pour les touristes âgés	138
4.3. Conclusion : les complémentarités tourisme-santé	138
CONCLUSION	141
ANNEXE : PROFILS D'EXPORTATEURS ÉMERGENTS	145
BIBLIOGRAPHIE	161

Les exportations de services de santé ont traditionnellement été dirigées du Nord vers le Sud, les patients voyageant dans le sens inverse. Mais les facteurs qui assuraient l'attractivité des systèmes de santé au Nord se sont progressivement banalisés et diffusés, avec l'accroissement et l'amélioration des compétences médicales dans de nombreux pays en développement (PED). Dans ce contexte d'augmentation des qualifications au Sud et d'internationalisation croissante des activités de services, cette étude examine si le secteur de la santé offre des opportunités d'exportations nouvelles pour certains PED et évalue les conséquences de ces exportations en termes d'activité, d'emploi et de recettes en devises.

Le thème du commerce international des services de santé a suscité nombre d'interventions et de communications ; pourtant ce phénomène n'en est qu'à ses débuts et ses contours réels sont flous. Pour en apprécier l'ampleur et l'impact réels, l'étude s'appuie d'abord sur l'examen du cas de la Tunisie – où une enquête de terrain a permis d'estimer les flux d'exportation – comparé au cas de la Jordanie. Le volume global du commerce international de santé est ensuite évalué, ainsi que la tendance et la structure de ces échanges. On observe que les exportations de services de santé représentent le quart de l'activité du secteur privé en Tunisie et, avec les services d'hébergement induits, elles contribuent à près de 4 % des exportations de services du pays. Au niveau mondial, ce commerce connaît une expansion plus rapide que la moyenne des échanges, surtout depuis 2000, et sa part dans le commerce de services est estimée à 0,75 %. Les études de cas et l'analyse globale convergent pour souligner la dimension régionale de la demande extérieure de services de santé. La prédominance des échanges Sud-Sud s'explique d'abord par l'existence de puissantes barrières aux importations dans les pays riches, qui trouvent leur origine dans la nature particulière du commerce des services de santé.

Abstract

Traditionally, the flow of health service exports has been from the North to the South, with patients travelling in the opposite direction. However, as medical skills in many developing countries (DCs) have grown and improved, the factors that made the North's health care systems attractive have gradually become more generalised and widespread. In this context of the South's upgrading of professional qualifications and the increasing globalisation of services, the present study examines whether the health sector offers certain DCs new export opportunities. It also assesses the consequences of health services exports in terms of business activity, employment and foreign currency earnings.

Although the subject of international trade in health services has given rise to much discussion and literature, the phenomenon is in its early stages and its real implications are still unclear. In order to assess the actual extent and impact of such trade, the study focuses primarily on the case of Tunisia—estimating export flows through a field enquiry—compared to that of Jordan. The study then goes on to evaluate the global volume of the international health trade, as well as the trends and structure of these exchanges. Health services exports are seen to represent a quarter of Tunisia's private sector business and, if concomitant hospitality services are also taken into account, nearly 4% of total service exports. World-wide, this trade is expanding more rapidly than the average growth of exchanges, especially since 2000, and its share in service exports is estimated to be 0.7%. Case studies and overall analysis alike highlight the regional dimension of external demand for health services. The predominance of South-South exchanges may be explained chiefly by the existence of the rich countries' hefty import barriers, which stem from the specific nature of the health services trade.

Introduction

L'augmentation rapide de la population active engendre une pression croissante sur le marché du travail dans de nombreux pays en développement (PED). C'est notamment le cas en Tunisie et dans les pays du Sud de la Méditerranée. Face à cette offre croissante de main-d'œuvre, les perspectives de création d'emplois par le secteur manufacturier apparaissent insuffisantes. Dans le secteur textile, qui constitue le premier employeur, les PED sont confrontés aux conséquences de la libéralisation des échanges internationaux. Les entreprises seront en outre soumises à une intensification de la concurrence en raison du durcissement des contraintes d'ouverture de leurs marchés intérieurs. Ce contexte invite à s'interroger sur les futurs secteurs de croissance, d'emploi et d'exportation dans les PED à moyen et long termes. Alors que la réponse à cette question est traditionnellement recherchée dans l'industrie manufacturière, cette note explore les possibilités offertes dans les services.

13

Dans cette perspective, le secteur de la santé semble offrir des opportunités d'exportations nouvelles pour certains PED. En effet, les facteurs qui assuraient l'attractivité des systèmes de santé au Nord se sont progressivement banalisés, en raison de l'élévation des niveaux de formation, de la standardisation des procédures et protocoles médicaux et de la disponibilité de produits pharmaceutiques et de matériel médical sur le marché international. La qualification des praticiens des PED a rattrapé celle des pays avancés. Cette amélioration a permis à plusieurs pays du Sud de

réduire leurs importations de service de santé et, au-delà, de devenir des exportateurs nets de services de santé.

Le thème du tourisme médical et de l'internationalisation des services de santé a suscité depuis la fin des années 1990 une multiplication de séminaires, articles grand public et spécialisés, colloques, créations de comités d'experts et de groupes de travail internationaux... Cette densité d'informations accrédite l'idée de l'émergence rapide d'un nouveau segment du commerce mondial de services : les échanges de services de santé.

Pourtant, ce phénomène n'en est peut-être qu'à ses débuts et ses contours réels sont flous. Il est particulièrement difficile à quantifier 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 observateur : « *Peut-être à cause des développements rapides de 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 : « *Ce type d'activité est si nouveau qu'il n'a pas été mesuré jusque-là* »². Le résultat de cette situation est une large ignorance de l'ampleur réelle des flux mondiaux d'exportation de services de santé mais aussi des enjeux de ce type d'exportation pour les PED.

14

Pour contribuer à réduire cette ignorance, cette recherche exploratoire sur les exportations de services de santé dans les PED s'appuie sur l'analyse des expériences de la Tunisie et de la Jordanie.

1. Smith, 2004.

2. *Wall Street Journal*, 26/4/2004.

Dans une première partie, nous présentons les performances, l'environnement et les caractéristiques économiques du secteur de la santé tunisien (chapitre 1). En l'absence de données précises, les exportations de services de santé de la Tunisie sont évaluées et analysées à partir d'une enquête réalisée auprès des cliniques privées (chapitre 2). Dans ces deux premiers chapitres, les résultats de la Tunisie sont autant que possible comparés aux réalisations de la Jordanie, car ce dernier pays représente depuis longtemps une référence dans le domaine médical, non seulement dans la région mais au sein du monde en développement. L'estimation du volume et la présentation de certaines caractéristiques du commerce mondial des services de santé permettront ensuite de replacer ces expériences dans une perspective plus large (chapitre 3). Enfin, les articulations entre les secteurs du tourisme et de la santé sont explorées dans une dernière partie, à partir de l'examen de la position concurrentielle de la Tunisie sur le marché euro-méditerranéen du tourisme (chapitre 4).

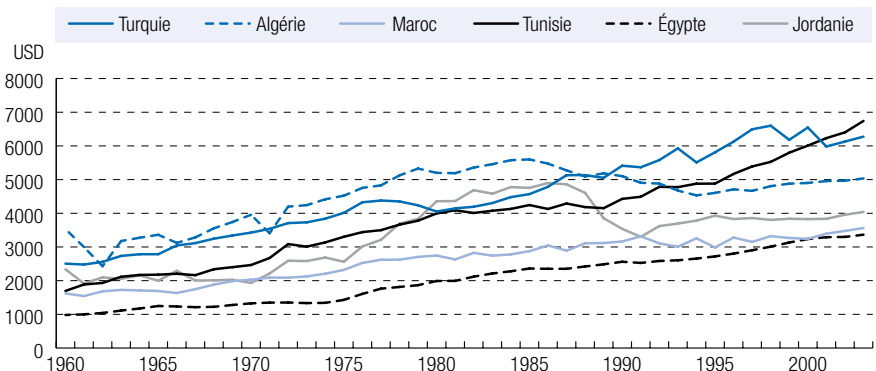
Le secteur santé en Tunisie

1.1. Croissance économique et développement humain

1.1.1. Une croissance économique régulière

Dotée de peu de ressources, la Tunisie était considérée comme le parent pauvre des trois nations maghrébines lorsqu'elles ont accédé à l'indépendance. En 2004, elle est de loin la plus prospère et, avec un revenu *per capita* de 6 200 USD en parité de pouvoir d'achat (ppa)³, elle se classe au premier rang du Maghreb (Algérie 5 000 USD et Maroc 3 000 USD) et au second des pays du Sud de la Méditerranée, à égalité avec la Turquie et derrière Israël (graphique 1).

Graphique 1.
Le revenu *per capita* le plus élevé au Sud de la Méditerranée (hors Israël) (USD ppa)



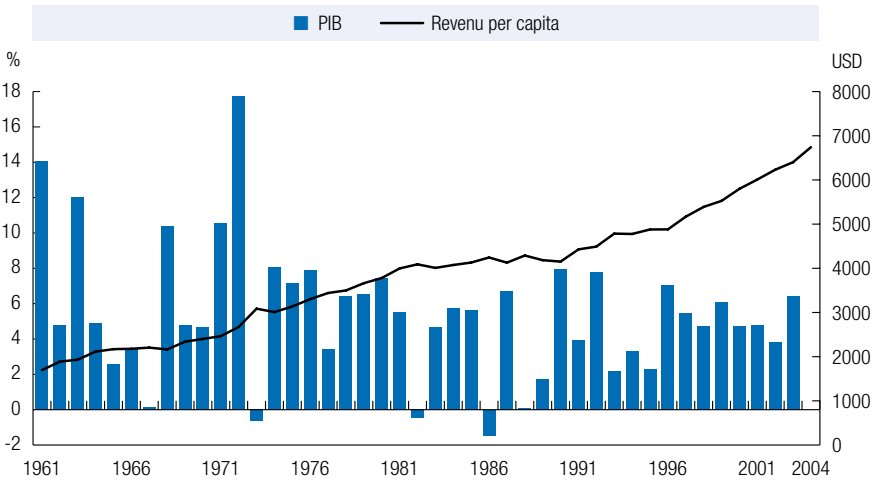
Source : World Development Indicators (WDI).

3. Et en USD de 1995.

L'économie tunisienne a été la plus dynamique au Sud de la Méditerranée, avec un taux de croissance moyen de son PIB de 5,5 % depuis 1961. Du fait d'une transition démographique plus rapide (*infra*) que dans les autres pays, le différentiel de croissance du PIB *per capita* a été encore plus marqué. Cette croissance s'est déroulée de façon assez régulière, une régularité qui sanctionne la prudence de la gestion économique depuis l'ajustement structurel du début des années 1980.

L'ajustement a marqué une rupture dans la croissance tunisienne, qui a été de 3,5 % en moyenne entre 1986 et 2004. Cette rupture est confirmée par la mesure du taux de croissance tendancielle (Bellocq, 2003). La hausse annuelle des prix a été maintenue entre 2 % et 3 % par an depuis 1998 ; au cours de la même période, le solde budgétaire et le solde courant ont été maintenus, en moyenne, à moins de 2,5 % et 3,5 % du PIB.

Graphique 2.
Croissance du PIB et du revenu par habitant (ppa)



Avec un taux d'ouverture de 70 %, la Tunisie est la plus ouverte des économies méditerranéennes. Premier pays à avoir signé le traité Euromed avec l'Union européenne (UE), la Tunisie est aussi la première à l'avoir mis en œuvre ; le démantèlement tarifaire sera achevé en 2008. Les principales ressources en devises sont les exportations de textile-habillement (TH), les revenus du tourisme et les transferts des émigrés qui, ensemble, représentent respectivement 30 %, 13 % et 10 % des recettes courantes en 2002. De nombreuses incertitudes pèsent sur les perspectives de ces trois postes. La libéralisation des quotas du textile en janvier 2005 a entraîné une aggravation de la contraction des exportations de TH vers l'UE, qui ont déjà diminué de 10 % au premier semestre 2004⁴. Dans le secteur du tourisme, la compétition au Sud de la Méditerranée (Maroc et Turquie) et l'apparition de nouvelles destinations (Croatie) exacerbent la concurrence.

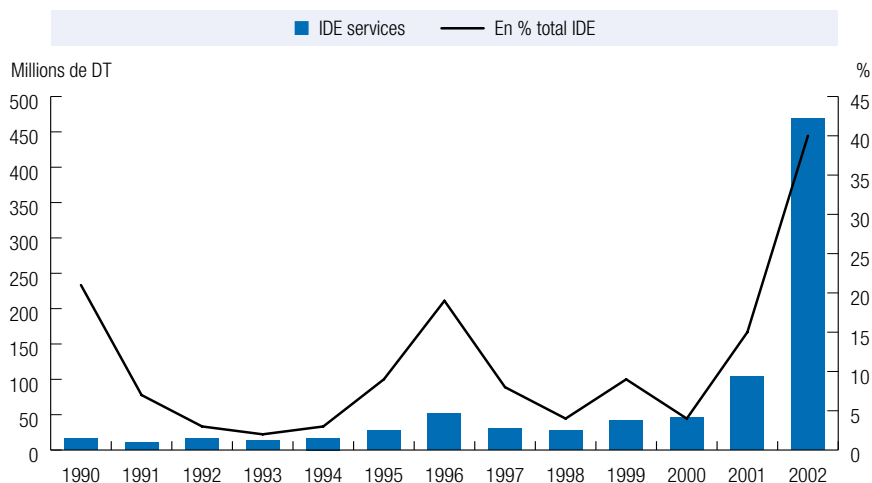
La croissance tunisienne s'est accompagnée d'une transformation de la structure de la production, d'abord rapide puis qui s'est ralentie depuis les années 1990. En effet, au-delà des fluctuations des récoltes liées aux sécheresses récurrentes, la part du secteur manufacturier a peu évolué au cours des dix dernières années, de 17 % en 1993 à 18 % en 2003, et celle des services est passée de 46 % à 51 %. On constate la même stabilité dans la structure de l'emploi. Les services ont absorbé en moyenne 60 % de l'investissement depuis 1990, dont 49 % pour les services marchands.

Cette stabilité peut être imputée à la timidité des opérateurs privés. En effet, alors que depuis l'ajustement structurel l'État s'est progressivement désengagé de la production, le secteur privé n'a pas vraiment pris le relais. Le faible niveau de l'investissement privé – autour de 14 % du PIB – constitue le talon d'Achille de l'économie tunisienne. Il n'est pas sans relation avec les incertitudes qui pèsent sur les activités au cœur de la prospérité passée. La faiblesse de l'investissement privé domestique n'est que légèrement compensée par les entrées d'investissements directs étrangers (IDE).

4. Source UE, en euros.

Alors que les pays méditerranéens attirent très modérément les IDE, la Tunisie fait figure d'exception : le stock d'IDE représente 66 % du PIB en 2002 et ces investissements représentent en moyenne 12 % de la formation brute de capital fixe (FBCF) annuelle depuis le début des années 1990.

Graphique 3.
Les IDE dans les services en Tunisie (millions de DT et % du total des IDE)



Source : INS.

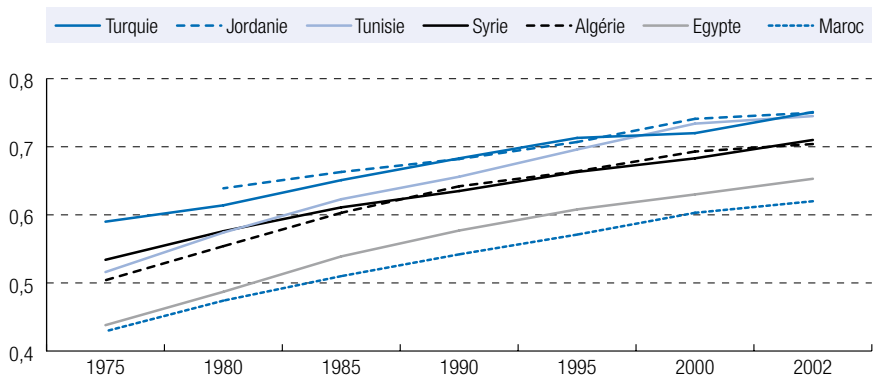
1.1.2. Développement humain et santé

La croissance soutenue a permis une amélioration sensible des principaux indicateurs du développement humain. Les dépenses de l'État pour l'éducation et la santé ont mobilisé en moyenne 11,7 % du PIB en Tunisie, trois fois plus que le poste des forces de sécurité (armée et police). Ce taux, proche de celui de plusieurs pays européens, est plus faible dans les autres pays de la région (9 % en Jordanie et entre 6 % et 7 % en Égypte, au Maroc et en Algérie) et dans de nombreux pays émergents.

Le recul de l'analphabétisme (22 % en 2004) s'est accompagné d'une élévation générale du niveau d'instruction de la population active. Le taux de scolarisation est de 97 % dans le primaire et de 68 % dans le secondaire (respectivement 91 % et 80 % en Jordanie). Les effectifs universitaires ont augmenté très rapidement et le nombre d'étudiants a dépassé 250 000 depuis 2002. Selon le PNUD, le nombre de personnes vivant au-dessous du seuil de pauvreté (national) a été ramené à 7,6 % de la population en 2002 et le coefficient de Gini est de 0,4.

L'ensemble de ces évolutions est synthétisé par l'indicateur du développement humain (IDH). En 1994, selon le *Rapport mondial sur le développement humain*, la Tunisie se classait (au quatrième rang derrière la Malaisie, le Botswana et la Corée) parmi les pays émergents ayant connu l'augmentation la plus forte de leur indicateur de développement humain entre 1960 et 1992.

Graphique 4.
Évolution de l'indicateur du développement humain (1975 – 2002)



Source : PNUD.

Le graphique 4 montre que sa progression a continué depuis. En 2002, avec un score (0,75) qui avait rejoint celui de la Jordanie et de la Turquie, la Tunisie se situe à la 92^e place mondiale, alors qu'elle figure au 69^e rang dans le classement mondial des

PIB/habitant. Mais sa position relative s'est améliorée (65^e rang) si l'on ne considère que la composante santé de l'IDH.

Tableau 1.
Indicateurs de santé

	Espérance de vie (2000)			Vaccination (% de moins de 1 an)		Mortalité (pour mille)	
	(F)	(H)	Ensemble	DPT	oreillons	Infantile	Moins de 5 ans
Algérie	72,7	69,5	71,0	83	83	33,3	39,0
Libye	73,4	68,8	71,0	26,2	31,5
Maroc	69,5	65,6	67,5	91	90	46,6	59,6
Égypte	69,1	65,9	67,5	94	95	41,8	52,2
Jordanie	73,2	69,9	71,5	97	94	25,3	30,3
Tunisie	74,2	70,1	72,1	96	84	25,8	30,2
Turquie	72,3	67,0	69,7	79	80	34,5	42,6

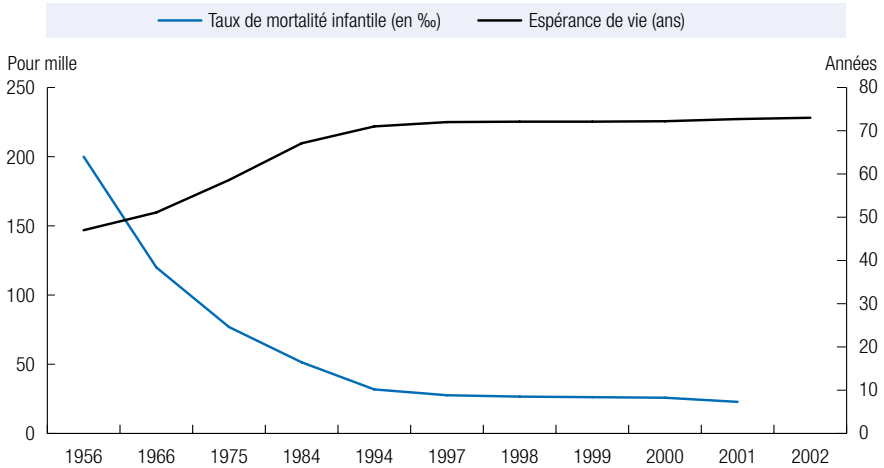
Source : Banque mondiale.

22

Dans les comparaisons internationales, l'état de santé d'une population est souvent résumé par l'espérance de vie à la naissance. En Tunisie, celle-ci s'est allongée, de 58 ans en 1975 à 68,3 ans en 1987 et 73 ans en 2002 : le différentiel avec la France a été ramené de 22 ans en 1960 à 8 ans en 2002. On constate une évolution analogue en Jordanie. Les performances de ces deux pays deviennent proches des niveaux européens.

La mortalité infantile, qui concernait 130 naissances sur mille en Tunisie en 1970, a été divisée par trois dans les années 1980, puis par deux dans les années 1990. Elle a ainsi diminué à 21 ‰ en 2002, un ratio très proche de celui mesuré en Jordanie (passé de 77 à 27 ‰ en 30 ans). La mortalité périnatale a diminué à 30 ‰ soit, avec la Jordanie, le niveau le plus bas au Sud de la Méditerranée (42 en Turquie et 59 au Maroc). Par ailleurs, le taux de couverture contre les six maladies concernées par le programme vaccinal mondial atteint désormais en Tunisie plus de 94 % pour les enfants jusqu'à un an.

Graphique 5.
L'amélioration des indicateurs de santé en Tunisie



Source : INS.

L'amélioration des indicateurs de santé s'explique par celle des conditions sanitaires (dès la décennie 1990, la quasi-totalité de la population avait accès à une eau salubre et aux services d'assainissement), l'élévation du niveau d'éducation et l'élargissement de l'offre de soins à l'ensemble de la population. La Tunisie et la Jordanie sont caractérisées par un maillage serré de centres de santé et d'hôpitaux régionaux. Selon la Banque mondiale, en 1996, neuf Tunisiens sur dix vivaient à moins d'une heure de marche d'un centre de santé ; en Jordanie, où il y a deux centres de soins pour 10 000 habitants, chaque Jordanien est à moins de 30 minutes d'un centre. A côté de cette offre publique, une offre privée s'est développée. Elle s'est élargie dans les années 1990.

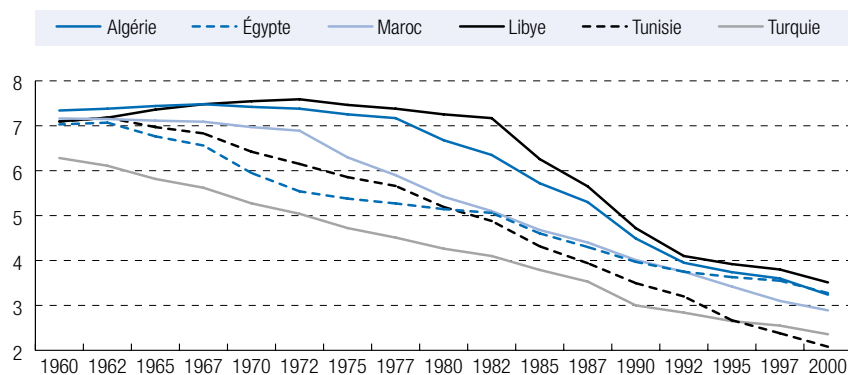
23

1.1.3. Perspectives démographiques

La croissance tunisienne n'a pas créé suffisamment d'emplois ; elle a seulement permis de stabiliser le taux de chômage qui fluctue autour de 15 % de la population

active. Cette situation est préoccupante car, dans les dix années à venir, l'économie tunisienne absorbera l'arrivée sur le marché du travail des cohortes les plus importantes. Ce n'est qu'à partir de 2010 que la Tunisie récoltera les fruits de la politique de planning familial lancée à la fin des années 1950.

Graphique 6.
Taux de fécondité (1960 – 2000)

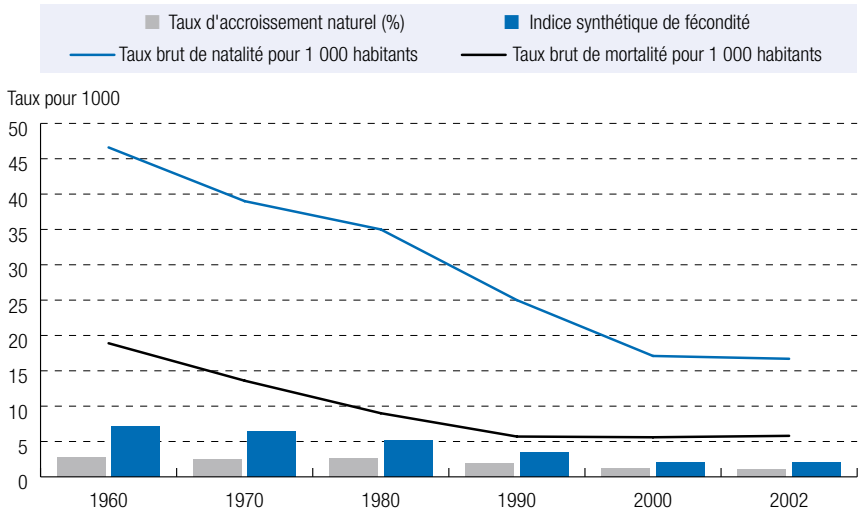


Source : World Development Indicators.

24

L'expérience tunisienne de transition démographique est exemplaire. En 1966, l'indice synthétique de fécondité, à sept enfants par femme, situait la Tunisie au niveau des autres pays arabes et africains. Ce ratio est passé à cinq en 1980, puis à trois au début des années 1990 et, enfin, à deux dans les années 2000, ce qui situe la Tunisie parmi les pays à transition démographique rapide (Sandron et Gastineau, 2003). Cette évolution doit être portée au crédit de la politique de la famille engagée dès l'indépendance avec l'adoption du Code du statut personnel de 1956 qui, en modifiant les conditions du mariage, a contribué à retarder l'âge du mariage – un des facteurs les plus importants pour la baisse de la fécondité. L'adoption de ce code a été accompagnée d'une généralisation de la contraception à une époque où de nombreux pays en développement y étaient encore opposés.

Graphique 7.
La transition démographique



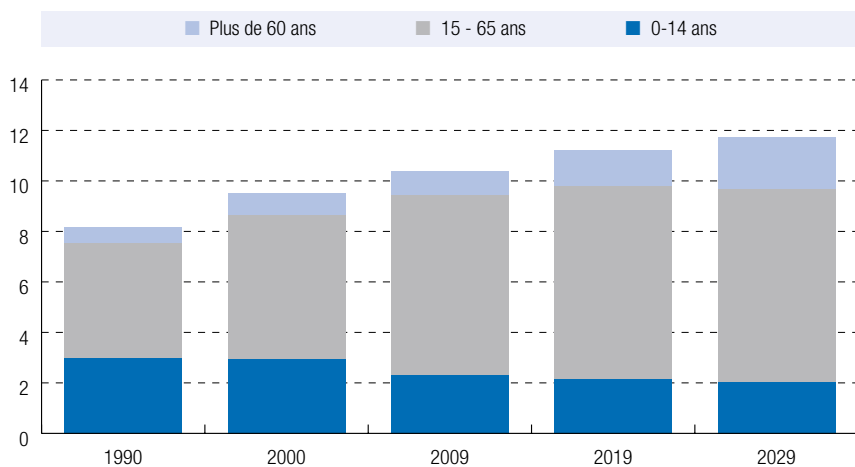
Source : INS.

Mais cette victoire soulève de nouveaux problèmes car la poursuite de la baisse de la fécondité provoque un vieillissement de la population. Le taux de croissance démographique a atteint 1,2 % en 2003, contre 1,6 % en 1996. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le recul de la fécondité devra prolonger ce fléchissement de la population pour atteindre 1,3 % et 0,9 % respectivement au cours des périodes 2005-2010 et 2025-2030.

25

La structure par âge de la population va se transformer. A l'horizon 2029, selon les projections de l'Institut national de la statistique (INS), le nombre des plus de 60 ans dépassera celui des moins de 14 ans (graphique 8). La Tunisie va probablement « vieillir » plus rapidement que ses voisins. En 2025, selon l'Institut national d'étude démographique (INED), les plus de 60 ans représenteront 16 % de la population totale en Tunisie, 13 % en Algérie, 15 % au Maroc et 10 % en Libye. L'écart pourrait même être plus marqué car, comme le rappelle le dernier rapport du FMI (2004), les projections démographiques ont souvent sous-évalué le rythme du vieillissement.

Graphique 8.
Évolution de la structure par âge de la population



Source : INS.

1.2. Les composantes du système de santé

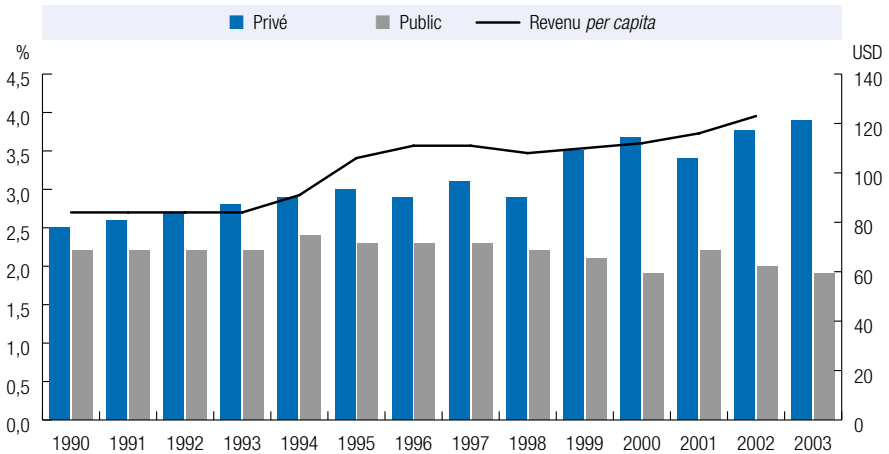
1.2.1. La demande de services de santé

Les dépenses de santé par habitant sont très variables selon les pays, de quelques dollars dans les pays les plus pauvres à plusieurs milliers dans les plus riches. Mais on ne constate pas de corrélation robuste entre le niveau des dépenses et l'état de santé de la population : l'espérance de vie au Sri Lanka (73 ans) dépasse celle de nombreux pays consacrant davantage à la santé.

En Tunisie et en Jordanie, les dépenses de santé sont estimées par l'OMS à respectivement 463 et 412 dollars ppa par habitant en 2001 – un niveau environ deux fois plus élevé que dans les autres pays du Maghreb (169 USD en Algérie et 199 au Maroc), supérieur à la Turquie (294 USD) mais inférieur au Liban (673 USD). En Tunisie, les dépenses de santé ont augmenté rapidement au cours des années 1980, de 3,2 % à 5,5 % du PIB, puis leur croissance s'est ralentie à un rythme proche de celui

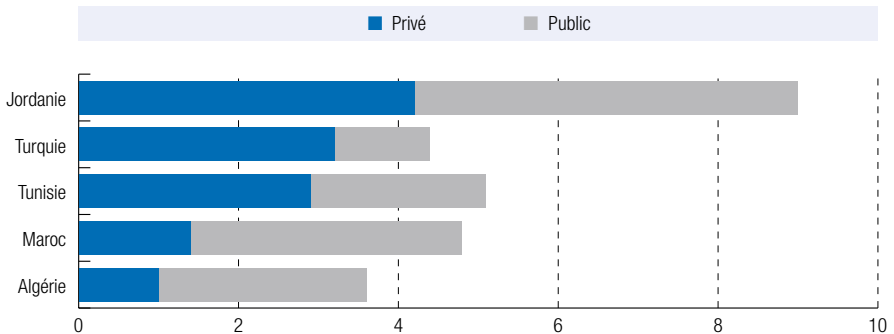
du PIB et elles représentent 5,6 % du revenu intérieur en 2000⁵. Simultanément, la part de la dépense publique a diminué de 3 % du PIB (1990) à 2 % (2000). Comparativement en Jordanie, la part du PIB consacrée aux dépenses de santé a augmenté depuis 1990 (de 7 % à 9 %) (graphiques 9 et 10).

Graphique 9.
Dépenses de santé en Tunisie 1990-2003



Sources : INS, WDI, OMS.

Graphique 10.
Dépenses de santé en % du PIB au Maghreb et en Turquie (1999)

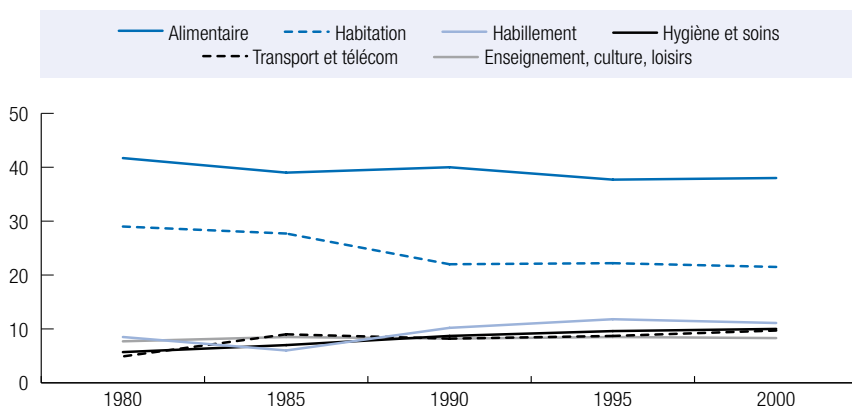


Sources : INS, WDI, OMS.

5. Source : Compte national de la santé 2000, ministère de la Santé, Tunis.

D'après les enquêtes de l'INS, la santé est le poste qui a progressé le plus rapidement dans la dépense des ménages. Sa part a doublé entre 1980 et 2000 pour passer de 5 % à 10 % des dépenses totales. Ce doublement correspond à un décuplement en dinars courants. La part des dépenses privées de soins au sens strict est passée de 3 % à 5 % (graphique 11).

Graphique 11.
Evolution des coefficients budgétaires des ménages en Tunisie (en %)



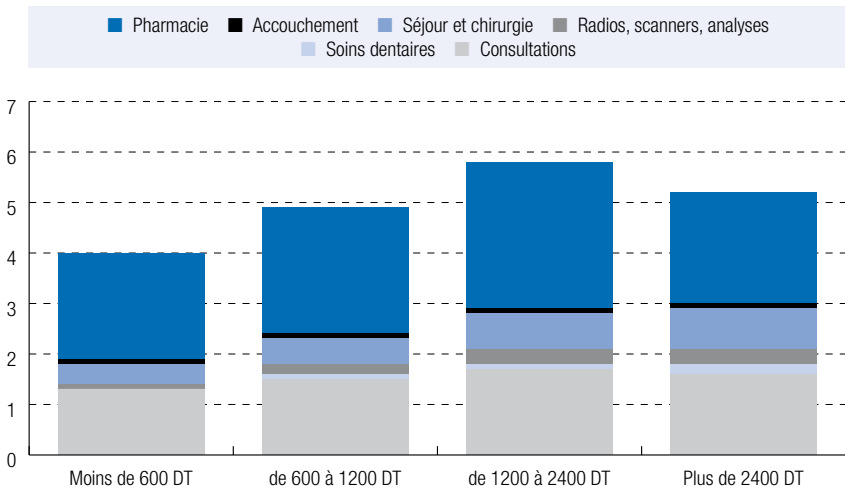
Source : Enquête nationale sur le budget, la consommation et le niveau de vie des ménages, 2000 (INS).

28

Cette part varie avec le niveau de revenu (graphique 12). Elle est de 4 % pour les ménages les plus modestes, qui disposent d'un revenu inférieur à 600 DT par mois (370 €) et de près de 6 % pour les ménages qui disposent de 1 200 à 2 400 DT par mois (750 à 1 500 €).

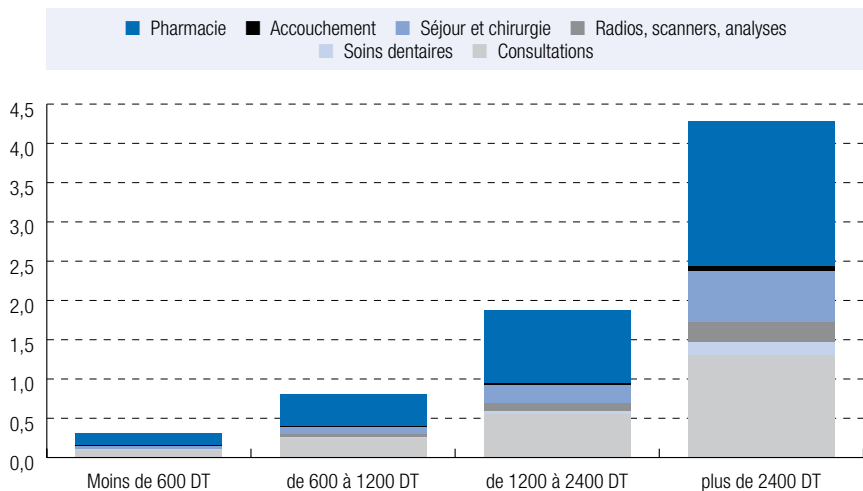
L'achat de médicaments est de très loin le poste le plus important des dépenses. Il représente 43 % en moyenne, devant les consultations et la chirurgie. Les dépenses occasionnées par ce poste sont très faibles pour les ménages les plus modestes qui fréquentent les hôpitaux de district ou de région et concernent davantage la classe moyenne et les ménages les plus aisés (au-delà d'un revenu de 1 200 DT/mois) (graphique 13).

Graphique 12.
Les dépenses de santé par classe de dépenses des ménages
 (% des dépenses totales de consommation)



Source : INS.

Graphique 13.
Les dépenses totales de santé par classe de dépenses des ménages (millions DT)



Source : INS.

La Tunisie est, avec la Turquie, le pays de la Méditerranée où l'émergence d'une classe moyenne est la plus manifeste. Cette transformation s'accompagne de l'apparition de nouvelles demandes pour la qualité des services. Dans le domaine de la santé, cela se traduit par de plus fortes exigences des ménages pour les délais des soins, le confort et la qualité de l'hospitalisation (dimension « hôtelière ») et l'attention du personnel paramédical. Ces exigences ne sont pas satisfaites dans un système public hospitalier caractérisé par un encombrement dans les établissements qui dispensent une médecine de pointe et, à ce titre les mieux dotés, allant de pair avec une relative désaffection à l'égard des unités périphériques qui souffrent d'une insuffisance en équipements et en personnel qualifié.

1.2.2. L'offre de services de santé

Evolution du secteur public

L'histoire du système tunisien de soins a connu trois phases. Au cours des décennies 1960 et 1970, la priorité fut accordée à la construction d'hôpitaux dans les grandes villes côtières (Hamida, Ayoub et Zouari, 1992). Cette orientation a été corrigée par le VI^e Plan (1982-1986) et la Tunisie a davantage mis l'accent sur la mise en place de structures décentralisées. Cette inflexion des priorités a eu lieu dans un contexte de restrictions budgétaires, avec l'adoption du plan d'ajustement structurel.

L'infrastructure sanitaire publique s'est développée selon un schéma bipolaire, alliant l'élargissement des soins de base au renforcement d'une médecine de pointe. La multiplication des dispensaires, des hôpitaux de circonscription et des hôpitaux régionaux a permis d'assurer à l'ensemble de la population un accès à la médecine de base. Par ailleurs, la création d'instituts, de centres spécialisés et de centres hospitaliers universitaires (CHU) a offert une médecine de pointe s'appuyant sur un corps de spécialistes de haut niveau opérant sur des plateaux techniques performants. Aussi, après avoir connu une forte progression, le nombre de lits disponibles pour

10 000 habitants a diminué de 24 en 1962 à 16 en 1980, pour remonter à 18 en 2002 ; une densité identique à celle de la Jordanie (mais qui inclut l'offre privée).

En Tunisie, le secteur public est le principal acteur de l'offre de santé, pour les soins ambulatoires comme pour la médecine hospitalière. Son activité est assurée par les établissements dépendant directement du ministère de la Santé publique et par des établissements parapublics.

- (i) L'offre du ministère de la Santé publique est organisée sur quatre niveaux :
- les centres de santé décentralisés (2 220 en 2002 soit un pour 4 500 habitants), qui constituent la porte d'entrée au système de santé et forment un réseau polyvalent décentralisé qui répond aux besoins les plus courants ;
 - les maternités périphériques et les hôpitaux de districts (118 et 2 650 lits), qui comportent un service de médecine générale et un plateau technique de base ;
 - les hôpitaux régionaux (32 avec 3 500 lits), qui sont situés dans le chef-lieu d'un gouvernorat et constituent le premier niveau de référence pour les soins spécialisés ;
 - enfin, les hôpitaux et centres universitaires (26 avec 8 150 lits) implantés au niveau de villes qui ont une faculté de médecine (Tunis, Sousse, Monastir et Sfax).
- (ii) Le secteur parapublic est constitué des hôpitaux militaires, des établissements hospitaliers des forces de sécurité intérieure des polycliniques directement gérées par la Caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS).

La différenciation qui s'est opérée au sein du système public de santé s'est accompagnée d'un dédoublement des activités des spécialistes hospitalo-universitaires. Dans les années 1980, l'adoption du régime du plein temps aménagé a autorisé les

Tableau 2.
Le système de santé publique (ministère de la Santé)

	1970	1980	1989	1996	1998	2000	2002
CHU :							
- nombre	nd	8	22	20	22	21	
- lits			7 723	7 752	7 987		
Hôpitaux régionaux :							
- nombre	12	20	24	29	31	32	
- lits							
Hôpitaux de district :							
- nombre	54	54	98	111	105	118	
- lits			2 664	2 640	2 647		
Centres de santé de base	435	765	na	1841	na	2 008	2 220
Total hôpitaux publics :							
- nombre	ns	82	144	160	158	167	168
- lits			15 407	15 970	16 013	16 659	

Sources : ministère de la Santé, INS, Chameau (1990), Achouri et Achour (2002).

32

professeurs à exercer à titre libéral deux après-midi par semaine dans des cliniques privées, où ils assuraient l'essentiel des actes médicaux (soins ambulatoires et interventions chirurgicales). Ce régime a favorisé un premier essor des cliniques. Leur nombre s'est multiplié après l'abrogation de ce régime qui a incité des chirurgiens à quitter le système public en emmenant avec eux leur clientèle.

En Jordanie, le système hospitalier est un amalgame complexe de plusieurs composantes publiques et privées. Le secteur public est composé de deux sous-systèmes principaux, celui du ministère de la Santé et le *Royal Medical Service* et de quelques autres établissements comme l'hôpital universitaire. De plus, des établissements de soins sont gérés par des ONG et/ou des donateurs ; le plus important est celui de l'UNRWA destiné aux réfugiés palestiniens. Enfin, un secteur

privé dynamique s'est développé, qui représente d'après le ministère de la Santé environ un tiers de la capacité hospitalière nationale et la même proportion des admissions.

Le développement du secteur privé

Si l'exercice de la médecine privée a toujours existé en Tunisie, le développement de l'hospitalisation privée est plus récent. En effet, à l'exception de la clinique St Augustin créée dans les années 1930, la plupart des établissements ont été établis à partir des années 1970 – c'est le cas de la plus grande⁶ – et plus particulièrement dans les années 1990. Le nombre de lits dans les cliniques privées a décuplé dans les années 1970 pour atteindre 1 000 en 1985. D'après l'Agence de promotion des investissements (API), il y aurait eu 53 projets de cliniques privées entre 1991 et 2003. Ces projets représentent un investissement cumulé en équipement de 122 millions DT⁷.

L'offre privée est assurée par les cabinets de médecine générale et spécialisée (3 440 cabinets), les cabinets paramédicaux (802) et les cliniques. En 2004, on recense 66 cliniques au sens strict, plus 13 qui ne font pas d'hospitalisation mais de l'imagerie médicale. Ces cliniques disposent de 2 350 lits, contre 16 500 dans le public, soit 12 % de la capacité d'accueil nationale. D'après le ministère de la Santé, elles réalisent un pourcentage proche des hospitalisations. Les plus grandes cliniques (Taoufik, el Mena et la Sokra) offrent 150 lits la moyenne se situe à 50 lits et il en existe de très petites. Les principaux actionnaires sont le plus souvent des médecins, qui sont parfois associés à des groupes financiers (banque El Amen) ou à des groupes industriels. Il existe en outre 99 centres d'hémodialyse dont les activités sont prises en charge par la CNSS.

6. Cette clinique a été établie par des intérêts privés associés à une banque. Cette banque, qui a ensuite été rachetée par la Société générale, l'a revendue à un groupe privé tunisien du secteur énergétique.

7. La capacité d'accueil du secteur privé augmente ainsi régulièrement au cours des années 1990 : 1 640 lits en 1992, 1 890 en 1997, 1 950 en 1998 (Achouri et Achour, 2002).

En Jordanie, les 56 cliniques privées, dont quatre ont plus de 150 lits, offrent 3 600 lits, soit 36 % de la capacité hospitalière nationale. Mais le taux d'occupation (42 %) est très inférieur à la moyenne (63 %).

Tableau 3.
La capacité hospitalière privée en Tunisie et en Jordanie

	Tunisie (2004)	Jordanie (2002)
Nombre d'établissements	66	54
Lits	2 350	3 350
% de la capacité nationale	12	37
Emploi	nd	35 000
CA	115 millions DT (80 millions \$)	50 millions JD* (71 millions \$)
% de la dépense nationale de santé hors pharmacie	11	16 *
Taux d'occupation (%)	60	42
Durée moyenne de séjour	3,1 jours	2,6 jours
Coût d'investissement / lit	140-180 000 DT (100-130 000 \$)	126 000 JD (180 000 \$)

(*) 1998.

Sources : ministère de la Santé Tunisie ; Comptes nationaux de la santé Tunisie et Jordanie ; Competitiveness Team 2004 ; OMS ; interviews et estimations de l'auteur.

La récente montée de l'offre des cliniques en Tunisie

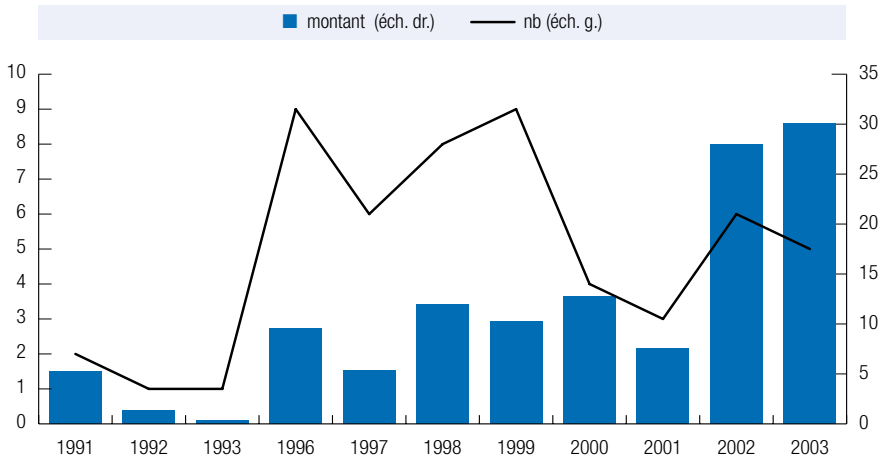
Décidée en 1987, la réforme du « plein temps aménagé » a interdit aux médecins des hôpitaux d'avoir une pratique privée partielle. Cette législation a conduit de nombreux assistants et médecins à quitter le secteur public pour s'établir dans des cabinets privés, où ils ont attiré leur clientèle. Ces cabinets, parfois associés à d'autres actionnaires privés, ont investi dans la construction de cliniques privées, qui ne sont pas autorisées à employer directement des chirurgiens (sauf les urgentistes et les anesthésistes)⁸. Les

8. Mais certaines cliniques ont contourné cette interdiction en installant le cabinet médical dans un immeuble mitoyen, « extérieur » au périmètre de la clinique.

cliniques louent ainsi leurs installations aux spécialistes, qui facturent directement leurs honoraires aux patients et opèrent dans plusieurs cliniques. Pour calculer le coût global des soins, le patient additionne ainsi les honoraires du médecin, la facture de la clinique et, souvent, les médicaments. Les médecins sont les principaux prescripteurs des cliniques privées, dans lesquelles seuls 10 % des patients viennent de leur propre initiative !

Le décollage du secteur a également été encouragé par les mécanismes d'incitation au secteur privé (toutes activités confondues) qui ont été mis en place en 1992⁹. Depuis 2001, les projets de cliniques ne sont plus soumis au régime de l'autorisation préalable du ministère de la Santé. Mais l'investisseur doit s'engager à respecter le cahier des charges du ministère de la Santé. Pour importer ses équipements en exonération de taxe, il doit obtenir l'agrément de l'API. Les données de l'API – qui renvoient à des

Graphique 14.
Projets de cliniques privées (nombre et montant en millions de DT)



Sources : ministère de la Santé, API.

9. Leurs importations d'équipements sont par exemple exonérées de taxes douanières.

intentions de projets – illustrent le dynamisme du secteur et l'effort d'investissement réalisé au cours des années 1990. Cette expansion a permis au secteur privé de drainer la demande solvable libérée par les régimes complémentaires de couverture sociale.

L'apparition de nouvelles cliniques mieux équipées a mis en difficulté les cliniques existantes. Le rythme de création s'est ralenti depuis la fin de la décennie 1990. Après l'euphorie, le secteur est entré dans une période de consolidation. Les professionnels évoquent une situation de surcapacité à Tunis, qui s'accompagne d'une baisse de la rentabilité des investissements. Dans cette évolution sectorielle à la Schumpeter, la phase actuelle est favorable aux restructurations et aux concentrations¹⁰.

L'offre privée serait aujourd'hui supérieure à la demande solvable. Mais dans le domaine de la santé, la solvabilité dépend étroitement des modalités de remboursement retenues. Or, le système de remboursement devrait être transformé dans les mois à venir. Les médecins attendent en effet la promulgation des décrets d'application de la loi cadre de réforme de l'assurance maladie votée en juillet 2004.

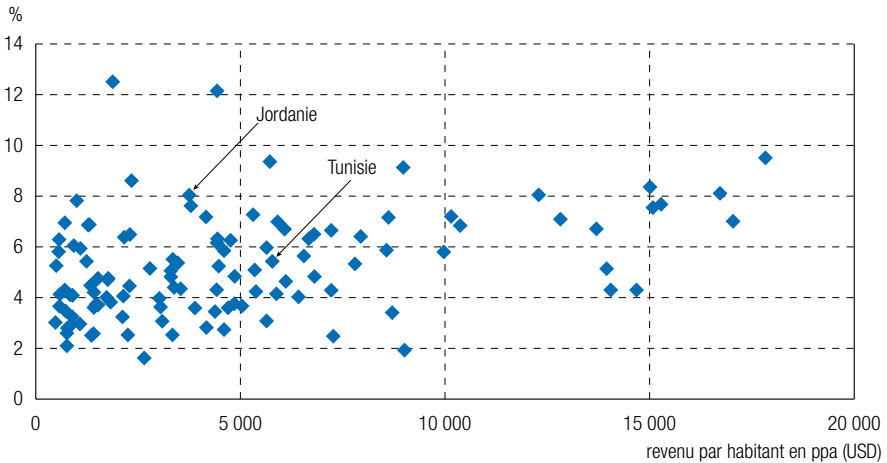
36 1.2.3. Le financement des dépenses de santé

En Tunisie, les dépenses de santé ont été multipliées par six en dinars courants entre 1985 et 2000 passant de 249 à 1 492 millions DT, et elles absorbent 5,6 % du revenu national. Ce ratio place la Tunisie dans la norme des pays à revenu intermédiaire (graphique 15).

Ces dépenses sont, pour partie, couvertes par l'État – à travers l'offre de soins – et la Sécurité sociale, mais la prise en charge par les ménages a augmenté de 34 %

10. La clinique Taoufik, l'un des grands établissements privés de Tunis, aurait récemment été vendue 17 millions DT, un prix considéré comme bas par les professionnels du secteur.

Graphique 15.
Dépenses de santé / PIB (2001)



Source : WDI.

en 1985 à 48 % en 2001¹¹. Jusqu'en 1982, seuls les salariés étaient assujettis à la Sécurité sociale par le canal de la Caisse nationale de retraite et de prévoyance sociale (CNRPS) pour les agents de l'État et des entreprises publiques, et de la CNSS pour les entreprises industrielles et commerciales du secteur privé. Entre 1982 et 1986, le champ d'intervention de la CNSS a été étendu avec l'intégration des salariés agricoles au régime général et la création de régimes particuliers pour les non-salariés. Le nombre d'assurés sociaux est ainsi passé de 0,9 million en 1987 à 1,7 million en 1998. Depuis, le taux de couverture sociale a été porté à 84,3 % (2001).

37

L'intervention de la Sécurité sociale prend quatre formes : le remboursement des frais, les prestations en nature, une action sanitaire à travers les polycliniques lui appartenant et une contribution au financement des structures de soins. L'hospitalisation publique est totalement gratuite pour les patients relevant de la

11. Inclus dans les dépenses des ménages, le système d'assurance privé et mutualiste participe de façon encore modeste au financement des dépenses de santé : les assurances groupes sont offertes seulement aux salariés des plus grandes entreprises (banques, sociétés pétrolières, entreprises étrangères).

CNRPS alors que les patients qui relèvent de la CNSS paient un ticket modérateur qui leur est remboursé. Les affiliés à la CNRPS peuvent consulter gratuitement (c'est-à-dire qu'ils sont remboursés) dans les cliniques, mais les opérations qui y sont effectuées ne donnent lieu à aucun remboursement. Les affiliés à la CNSS soignés dans le privé sont remboursés selon le barème de l'hospitalisation publique (c'est-à-dire 15-20 % du tarif de la clinique). Les opérations de cardiologie étaient auparavant prises en charge lorsqu'elles étaient effectuées à l'étranger. Désormais, elles sont prises en charge lorsqu'elles sont réalisées en Tunisie, dans les hôpitaux publics comme dans les cliniques privées. Cette mesure d'import-substitution a favorisé l'essor des cliniques cardiovasculaires.

Les prix des cliniques sont actuellement libres. Ils sont établis en fonction de la complexité des interventions chirurgicales à laquelle est associée un coefficient. L'honoraire du chirurgien est égal à x fois K , le barème unitaire dont la valeur est fixée par l'Ordre des médecins. Le prix d'une intervention est égal au montant des honoraires auquel s'ajoute le coût de la location de la salle d'opération¹². Fin 2004, la concurrence entre les cliniques avait amené le prix de la chambre à 80 DT/jour.

38 Les enjeux des réformes en cours pour le secteur privé

Le financement de la santé est à la veille d'un profond changement en Tunisie. La nouvelle loi a été votée en juillet 2004 et les opérateurs négocient avec le gouvernement les décrets d'application. La mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie bénéficiera d'une aide programme de l'UE dans le cadre de MEDA, sous la forme d'une enveloppe de 40 millions € « d'appui à la réforme », qui doit être versée en deux tranches en fonction du respect de la matrice des conditionnalités. Celle-ci comprend notamment la nécessité d'un accord entre médecins, cliniques et gouvernement sur les modes et les taux de prise en charge.

12. Pour obtenir le coût total des soins, il faut ajouter le prix des médicaments.

Le nouveau système devrait comporter trois filières¹³ :

- une filière publique totale : le patient payera seulement le ticket modérateur, dont le montant sera plafonné en fonction du revenu ;
- une filière privée « orientée » : chaque patient aura un médecin référent (privé) qu'il devra choisir sur une liste et qu'il consultera de façon exclusive. Ce médecin l'orientera vers une clinique, avec une latitude limitée pour le choix de l'établissement en fonction de la pathologie. Le patient devra s'acquitter d'un ticket modérateur plus le tiers payant et le remboursement sera plafonné ;
- une filière privée « libre » : le patient aura une liberté de choix mais pas de ticket modérateur.

Le système comprend une incitation molle à la limitation des dépenses, sous la forme d'une diminution progressive du plafond de remboursement lorsqu'on progresse vers la dernière filière. Ces modalités seront identiques pour toutes les dépenses de santé (médecins, pharmacie, etc.). Le financement de cette amélioration de la prise en charge sera assuré par un relèvement des cotisations sociales, partagées entre salariés et employeurs¹⁴. Des incitations aux assurances complémentaires sont également prévues.

Cette transformation des modes de prise en charge devrait engendrer une modification des règles de fonctionnement et se traduire par des changements dans les pratiques médicales des patients et, donc, dans la structure des revenus des cliniques privées. Une forte hausse du volume d'activité des cliniques est anticipée, en raison de l'élargissement du périmètre de remboursement des soins. Le marché intérieur des cliniques va en effet s'accroître grâce à l'amélioration de leur compétitivité

13. Pour plus d'information sur la réforme en cours, voir le rapport 2003 de la Société tunisienne des sciences médicales consacré à la réforme du système de santé en Tunisie : <http://ibnsina.promed.com.tn/avicenne/medecine/congres/rapport.asp>.

14. Les taux vont progressivement augmenter de 4 % (privé) et 2 % (public) jusqu'à 6,7 % du salaire brut.

relative, sous l'effet de la baisse du coût supporté par le patient via un ticket modérateur. Mais un système de prix fixés par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) se substituera au système de liberté des prix qui est la règle actuellement dans le secteur privé¹⁵. Le nouveau système devrait provoquer une baisse des prix pratiqués. Ainsi, un scanner devrait par exemple être conventionné à 60 DT alors que le prix libre des cliniques est d'environ 120 DT¹⁶. Dans le contexte actuel de surcapacité privée, l'impact de la réforme devrait donc être positif sur l'économie des cliniques privées.

1.3. Emploi et valeur ajoutée

1.3.1. Emploi

Evolution de la structure de l'emploi

Au cours des années 1960, la densité médicale (rapport entre le nombre de médecins et la population) a diminué en Tunisie, avec le départ des médecins après l'indépendance. Elle n'a retrouvé son niveau de 1956 qu'en 1970. Depuis, ce ratio a augmenté régulièrement : le nombre de médecins pour 10 000 habitants était de quatre en 1985 ; il a presque doublé depuis. La densité médicale moyenne masque des différences régionales importantes, mais qui sont moins marquées que dans les autres pays du Maghreb.

Les bonnes performances de la Tunisie dans le domaine de la santé s'expliquent par cette augmentation continue de la densité en médecins, mais également par l'amélioration de leurs compétences techniques et de la qualité des soins.

15. Les prix seraient parfois fixés par des ententes.

16. Chiffre provisoire. L'enjeu des négociations qui précèdent les décrets est notamment de fixer les tarifs CNAM des différents soins.

Tableau 4.
Les médecins en Tunisie

	Effectifs de médecins en 2002		Effectifs de médecins en 2006 ^a	
	Secteur public	Secteur privé	Secteur public	Secteur privé
Généralistes	2 552	1 620	3 125	3 250
Spécialistes	2 115	1 677	2 925	2 458
Total	4 667	3 297	6 050	5 708
Densité médicale	1 médecin / 1 200 habitants		1 médecin / 860 habitants	

Note : a) estimation 2003.

Source : Mansouri, Chahed, Khaled, Achouri DEP 2003.

La formation des médecins en Tunisie est particulièrement sélective : les effectifs des entrées en médecine sont régis par un *numerus clausus*. Depuis 1970, le résidanat est devenu le cursus obligé pour prétendre à une carrière universitaire et exercer en qualité de spécialiste. D'abord ouvert à tous les docteurs en médecine, l'accès à cette formation a ensuite été limité. L'université forme 600 médecins par an et 400 sont reçus chaque année au concours du résidanat – des effectifs qui n'ont pas changé depuis dix ans. Au cours de cette formation, les futurs spécialistes effectuent des stages à l'étranger et certains y restent. Sur les 400 reçus, 150 peuvent espérer entrer en CHU et les autres s'établiront dans le secteur privé¹⁷.

La Tunisie a également investi dans la troisième composante du capital humain santé, le personnel paramédical. Le nombre d'infirmières et de sages-femmes a augmenté à un rythme proche de celui des médecins, notamment en raison de normes d'encadrement largement suivies. Le secteur hospitalier privé doit par exemple respecter des normes de 0,3 ou 0,4 infirmier par lit suivant les types de soins. Dans la pratique, on observe un taux d'encadrement d'environ 0,8 personnel paramédical et de 0,3 médecin par lit dans le secteur privé. Les taux d'encadrement sont similaires dans les hôpitaux publics¹⁸.

17. Pour plus d'information sur le système de formation, voir le rapport 2003 de la Société tunisienne des sciences médicales : <http://ibnsina.promed.com.tn/avicenne/medecine/congres/rapport.asp>.

18. Source : interviews au ministère de la Santé et dans les cliniques privées.

Avec la baisse de la contribution publique aux dépenses de santé et l'expansion de la capacité hospitalière privée, la structure de l'emploi médical et paramédical s'est modifiée au cours des années 1990. Si les données du ministère de la Santé sont exactes, le secteur privé a en effet absorbé une part croissante des jeunes diplômés de médecine. Le nombre de médecins en exercice dans le secteur privé a ainsi régulièrement augmenté : 1 374 en 1987, 3 000 en 1997 et près de 4 700 en 2002. Ce phénomène d'absorption par le secteur privé est encore plus prononcé pour les personnels paramédicaux. Alors que, depuis 1998, les effectifs du secteur public sont stables, la croissance de ces emplois à l'échelle nationale correspond à peu près uniquement à l'augmentation de l'emploi du secteur privé. Le personnel paramédical employé dans le secteur privé aurait été multiplié par près de dix entre 1998 et 2002, d'environ 500 à 5 000. Les restructurations en cours dans les cliniques privées pourraient expliquer l'évolution contre-tendancielle, à la baisse, en 2003.

Tableau 5.
Le personnel médical en Tunisie

	1990	1995	2000	2002	2003
Médecins	4 424	5 965	7 444	7 964	8 189
Dentistes	809	1 038	1 315	1 394	1 534
Pharmaciens	1 240	1 499	1 951	2 050	2 170
Paramédicaux*	23 743	25 874	27 392	31 429	29 976

* Techniciens supérieurs, infirmières, sages-femmes et auxiliaires de santé.

Source : INS.

L'emploi total des producteurs de services de santé

L'évaluation de l'emploi total du secteur de la santé au sens strict (production de services de santé) ajoute à l'emploi médical et paramédical le personnel d'appui technique et administratif, qui assure les fonctions de gestion, de support technique et les prestations d'hébergement dans les établissements hospitaliers. La densité de ce dernier type d'emploi varie suivant les établissements, en fonction du degré d'externalisation des activités d'appui. Elle est donc difficile à évaluer en l'absence de statistiques fines. On retient ici un ratio de 0,8 emploi d'appui pour 1 emploi médical,

en moyenne à l'échelle nationale¹⁹. Le niveau de qualification de ces personnels d'appui est considéré, en moyenne, comme intermédiaire (équivalent infirmier). Sous cette hypothèse, l'emploi total des producteurs de services de santé est évalué à 68 584 personnes en Tunisie pour l'année 2000, et à 56 325 personnes en Jordanie pour l'année 1998. Ces estimations portent uniquement sur les services de santé. Les emplois dans les secteurs industriels liés, comme la production pharmaceutique, en sont exclus.

La comparaison des taux d'encadrement médical fait apparaître la « surmédicalisation » de la Jordanie relativement à son niveau de PIB/habitant. Alors qu'en parité de pouvoir d'achat celui-ci est proche de ceux de la Tunisie et de l'Algérie, la densité en médecins de la Jordanie est plus proche de celle de certains pays européens (Irlande, Pologne, Royaume-Uni) que de celle des pays du Maghreb. Cependant, ces indicateurs quantitatifs n'informent pas sur les compétences des personnels et la qualité du système de soins. On constate par exemple que la surmédicalisation relative de la Jordanie ne se traduit pas par un niveau de développement humain supérieur à celui de la Tunisie (graphique 4). Dans son classement des performances globales des systèmes de santé nationaux, l'OMS classe la Jordanie au 83^e rang et la Tunisie au 52^e mondial (sur 190 pays)²⁰.

Tableau 6.
Densités médicales comparées

	Tunisie	Algérie	Maroc	Jordanie	France
Médecins / 100 000 habitants	70	85	48	204	329
Nombre d'infirmières	26 389	90 592	29 462	14 251	397 506
Infirmières / 100 000 habitants	287	298	99	274	667
Infirmières / médecin	4,1	3,5	2,1	1,3	2

Source : OMS, *Survey* d'octobre 2004

19. En France, le ratio est d'environ 1 pour 1 lorsqu'on inclut les effectifs de l'industrie pharmaceutique.

20. Classement effectué pour l'année 1997. Voir OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2000*.

Les professionnels interviewés confirment que la densité en médecins en Jordanie traduit effectivement une situation de surplus. Elle avait, par exemple, conduit à interdire aux médecins du secteur public d'exercer dans le secteur privé. Cette situation est l'une des premières causes d'expatriation des personnels médicaux jordaniens, mais également des personnels paramédicaux, d'abord vers les pays du Golfe et, ensuite, vers le Royaume-Uni. Cette expatriation est facilitée par un système de détachement qui permet aux médecins du secteur public de partir jusqu'à sept ans à l'étranger tout en conservant leur poste. Alors que la Jordanie souffre désormais de pénuries pour certaines spécialités, le gouvernement « réfléchit » à un programme d'incitations au retour des expatriés.

En Tunisie, le ministère de la Santé estime que seulement 5 % à 10 % du personnel paramédical exerce à l'étranger, surtout dans le Golfe²¹. Achouri (2004) comptabilise 2 265 travailleurs médicaux tunisiens exerçant à l'étranger, dont 55 % en Arabie saoudite, 16 % au Qatar, 12 % aux Émirats arabes unis et 13 % en Europe, essentiellement en France. Les infirmières constituent les deux tiers de ces expatriés.

44 Une autre différence entre la Jordanie et la Tunisie se situe au niveau de la capacité de formation. Sur les 12 000 médecins en exercice en Jordanie, environ 80 % ont été formés à l'étranger (Égypte, Irak, Europe de l'Est, pays anglo-saxons), en raison de la faible capacité des universités en Jordanie qui, récemment encore, n'assuraient la formation que de 5 % des médecins²². Comparativement, la Tunisie est proche de l'autosuffisance dans ce domaine. En l'absence de données précises, Achouri (2004) estime par exemple, sur la base d'entretiens, la proportion de médecins tunisiens diplômés à l'étranger entre 5 % et 10 %.

21. Achouri et Achour, 2002.

22. Actuellement, elles produiraient 80 médecins diplômés par an (interviews au ministère de la Santé, Amman, décembre 2004).

1.3.2. Estimation de la valeur ajoutée et de la productivité des producteurs de services de santé

De la dépense nationale de santé à la valeur ajoutée

L'économie de la santé privilégie l'analyse de la demande, par les dépenses de santé. Celles-ci sont supérieures à la contribution effective des services de santé au PIB, car elles incorporent les intrants – notamment les médicaments – achetés à d'autres secteurs, qui sont pour l'essentiel des produits industriels fabriqués localement ou importés. En Tunisie par exemple, la dépendance vis-à-vis des importations de médicaments est actuellement estimée à 57 % de la consommation nationale.

La valeur ajoutée des producteurs de services de santé n'apparaît pas dans les comptes de la nation que publie l'INS en Tunisie, ni dans les comptes nationaux de la santé construits avec l'appui de l'OMS. Une première comparaison avec les données d'autres pays²³ aboutit à un ordre de grandeur de la valeur ajoutée des producteurs de services de santé de l'ordre de 2 % du PIB en Tunisie. Mais les contextes institutionnels et les systèmes de prix relatifs sont trop spécifiques dans ce secteur pour fonder des estimations nationales sur des référentiels extérieurs²⁴. Pour construire une estimation de la valeur ajoutée des services de santé spécifique à chaque pays, il est donc préférable de partir de la dépense nationale de santé, qui est un agrégat dont la construction est relativement harmonisée au niveau international.

45

La dépense nationale de santé (DNS) agrège la consommation de soins et de biens médicaux, les subventions allouées au système de santé, les dépenses de

23. Selon les statistiques de l'OCDE, la part des services de santé dans le PIB en 1994 aurait été de 5,6 % aux États-Unis (services marchands et non marchands privés), de 3,6 % en France, de 2,4 % en Allemagne et de 2,1 % au Canada (services marchands seulement). Source : OCDE, 1997. Sur ce point, voir également OMC, 1998.

24. Ce que font néanmoins de nombreuses études sur l'économie de la santé...

formation, d'administration et de gestion liées, et l'investissement du secteur hospitalier public. Or, dans le domaine particulier de la santé, les notions de consommation et de production sont assez proches. En effet, la consommation médicale totale, qui constitue la composante principale de la DNS, représente la contrepartie de la production des agents qui fournissent des services de santé. On peut donc obtenir une première approximation de la valeur ajoutée des producteurs de services de santé à partir de la DNS, qui peut être utilisée pour des comparaisons internationales à condition de disposer d'une estimation de la consommation nationale de produits pharmaceutiques et connexes. C'est la démarche qui est suivie ici. Elle aboutit à une valeur ajoutée de 3,4 % du PIB en Tunisie et de 5 % du PIB en Jordanie (tableau 7).

Tableau 7.
Estimation de la VA des producteurs de services de santé par la dépense

	Tunisie (2000) millions DT	Jordanie (1998) millions JD
Dépenses nationales de santé	1 489	453
- dépenses de produits pharmaceutiques	420	159
- autres fournitures*	160	44
- soins à l'étranger	5,4	nd
= Valeur ajoutée des producteurs de services de santé	904 (633 millions USD)	250 (357 millions USD)
VA / dépenses nationales de santé	60,7 %	55,2 %
VA / PIB	3,4 %	5,0 %

1JD = 1,43 USD ; 1DT= 0,70 USD.

* estimées à 15 % de la dépense nationale de santé, hors dépenses pharmaceutiques.

Source : Comptes nationaux de la santé Tunisie et Jordanie, OMS.

Une deuxième méthode retient l'approche de la valeur ajoutée « aux coûts des facteurs ». Elle peut utiliser les structures de coûts des établissements hospitaliers, ou d'un secteur hospitalier, disponibles pour calculer la valeur ajoutée (production – achats) pour ces établissements. Un calcul de ce type fondé sur la décomposition des dépenses des hôpitaux qui dépendent du ministère de la Santé en Tunisie (l'essentiel

du secteur public) aboutit pour la même période à un taux de valeur ajoutée de 67 %. La projection de ce ratio sur les dépenses totales de santé réalisées en Tunisie conduit à une estimation de la valeur ajoutée des producteurs de services de santé de 994 millions DT, soit un niveau proche de l'évaluation précédente. La même méthode utilisée en Jordanie, et également fondée sur les données du secteur public, aboutit aussi à une estimation supérieure à la précédente, avec un taux de valeur ajoutée de 60 % et une valeur ajoutée totale de 271 millions JD. Cependant cette méthode surestime probablement le taux de valeur ajoutée dans le secteur privé, car la dépense en médicaments est plus élevée dans ce dernier²⁵. La prise en compte des différences de pratiques dans les deux secteurs tend à réduire l'écart entre les résultats des deux méthodes.

Une troisième méthode envisageable pour évaluer la valeur ajoutée des producteurs de services de santé consisterait à se fonder sur les revenus des personnels de santé et à ajouter un coût d'amortissement des équipements. Mais les systèmes statistiques nationaux ne fournissent pas d'information satisfaisante dans ce domaine et les données recueillies lors des enquêtes sont trop parcellaires pour constituer une base fiable. Ces dernières fournissent cependant des indications sur le niveau de revenu des personnels de santé :

- en Tunisie, le salaire mensuel d'un médecin dans le secteur public est d'environ 1 500 DT. Le revenu des médecins exerçant dans le privé est beaucoup plus élevé (coefficient multiplicateur supérieur à deux) mais difficile à estimer. Les salaires des infirmières et des personnels médicaux diplômés (bac + 3) s'étagent de 400 à 1 200 DT / mois, en fonction de l'expérience et du type d'établissement ;
- en Jordanie, le salaire mensuel des médecins du public est un peu inférieur, autour de 500 JD. Mais les revenus dans le secteur privé sont en général très

25. En Jordanie, « *approximativement 24 % du total des dépenses pharmaceutiques est réalisé par les hôpitaux publics et 76 % dans les établissements privés* » (Brosk et al., 2000). Inversement, le calcul précédent sous-estime la valeur ajoutée, car les dépenses d'investissement du secteur privé ne sont pas prises en compte dans la dépense nationale de santé.

supérieurs. Cependant, le relatif surplus de médecins en Jordanie a pour conséquence de très fortes disparités de revenu dans la profession.

Tableau 8.
Les services de santé dans la hiérarchie des branches de l'économie tunisienne (2000)

Branches de l'industrie et des services	Valeur ajoutée (millions DT)	% PIB	Taux de valeur ajoutée (%)
Commerce	2 419	9,1	72,9
Textile-habillement, cuir	1 777	6,7	32,7
Hôtellerie restauration	1 731	6,5	61,7
Industrie agro-alimentaire	1 457	5,5	26,1
BTP	1 420	5,3	36,8
Pétrole gaz	1 229	4,6	64,7
Finance et assurances	1 088	4,1	84,9
Services de santé	904	3,4	60,7
Machines et matériel mécanique et électricité	793	3,0	27,6
Chimie	571	2,1	25,2
Electricité + eau	570	2,1	58,0
Matériaux de construction	506	1,9	37,9
Industries manufacturières diverses	441	1,7	36,2
Minerais et minéraux	214	0,8	65,6
non ventilés : Services non marchands*	3 131	11,7	78,3
non ventilés : Transport et telecom	2 209	8,3	64,9
non ventilés : Services marchands*	1 933	7,3	81,5

*VA santé non incluse.

Source : calculs précédents et tableau entrées-sorties 2000 à prix courants (INS).

Le calcul de la valeur ajoutée des producteurs de services de santé (hors médicaments) permet de faire apparaître la forte contribution au PIB de ce secteur. En effet, la valeur ajoutée du secteur santé est supérieure celle de la plupart des branches de l'industrie manufacturière, à l'exception du textile-habillement et de l'agro-alimentaire. Elle représente près du double de la valeur ajoutée d'industries de base comme la chimie ou les matériaux de construction. Par ailleurs, le taux de valeur ajoutée de la branche santé est proche de celui du secteur hôtellerie-restauration et plus élevé que ceux des branches manufacturières, ainsi que de la moyenne nationale (51 % en 2000)²⁶ –

26. En France, Bocognano et Raffy-Pihan (1999) estiment le taux de valeur ajoutée entre 67 % et 75 % dans le secteur hospitalier, suivant les types d'établissement, en 1993.

caractéristique qui rappelle que la production de services de santé est d'abord une activité de main-d'œuvre, peu consommatrice d'intants et de capital.

La productivité apparente du travail

Les estimations de la valeur ajoutée des producteurs de services de santé (tableau 7) et de l'emploi correspondant permettent d'évaluer la productivité du travail dans ce secteur. La productivité moyenne dans les services de santé atteint 9 230 USD, un niveau supérieur à la productivité moyenne du travail en Tunisie. Elle représente une fois et demie la productivité des deux principaux secteurs d'exportation, le textile-habillement (6 421 USD) et le tourisme (6 845 USD). Le niveau élevé de la productivité dans le secteur de la santé traduit le niveau de qualification moyen plus élevé. La moindre exposition à la concurrence internationale contribue sans doute également, mais dans une moindre mesure, à cet écart²⁷. En revanche, les structures de coûts dans le secteur hospitalier et dans celui de la santé n'indiquent pas une intensité capitalistique particulièrement forte²⁸.

Tableau 9.
Productivité apparente du travail par secteur

	milliers USD
Services de santé Tunisie	9 230
Moyenne Tunisie*	6 480
Textile-habillement Tunisie	6 421
Tourisme Tunisie	6 845
Services de santé Jordanie	8 149

* PIB/population active occupée. Données 2000 pour la Tunisie, 1998 pour la Jordanie.

27. L'impact est plus faible en Tunisie, où la consommation de soins médicaux est fortement contrainte par les revenus des ménages, que dans les pays européens où la contrainte financière est plus lâche.

28. Les dépenses d'équipement représentent entre 9 % et 12 % des dépenses totales des hôpitaux publics en Tunisie (période 2000-2002), entre 7 % et 8 % en Jordanie (1996 à 1998), 6 % en France, sources : comptes nationaux de la santé Tunisie et Jordanie et Majnoni D'intignano, 2001, p. 210).

La productivité apparente dans le secteur de la santé apparaît plus forte en Tunisie, d'environ 13 %, qu'en Jordanie ; ce qui constitue un résultat étonnant puisque, aux taux de change courants, le revenu par habitant est deux fois plus élevé en Jordanie. La forte densité en médecins en Jordanie – trois fois supérieure à la Tunisie – constitue sans aucun doute l'explication principale de ce différentiel. La faiblesse relative de la productivité suggère à nouveau l'existence d'un surplus de médecins en Jordanie²⁹. Ce qui ne semble pas être le cas en Tunisie. Cet écart rappelle la dimension systémique de la productivité dans ce secteur. La valeur ajoutée y est en effet produite par une combinaison de compétences et de facteurs productifs et l'indicateur utilisé ici traduit surtout un niveau moyen d'efficacité de l'ensemble du système de soins³⁰.

29. L'estimation obtenue ici pour la Jordanie est assez proche de l'évaluation que le *Jordan Investment Board* fournit – mais sans indiquer comment – pour la productivité du secteur hospitalier privé en 1998 : 7 743 USD (JIB, brochure « *Medical Care* », p. 10).

30. Sur les difficultés particulières de mesure de la productivité dans les services de santé, voir Gadrey, 2003, pp. 69-70.

Les exportations de services de santé de la Tunisie et de la Jordanie

2

Les exportations de services de santé ont traditionnellement été orientées du Nord vers le Sud. Les patients des PED se déplaçaient pour se faire soigner dans les pays développés, où un personnel plus qualifié et des équipements plus performants offraient des traitements non disponibles chez eux. Ces « importations » de soins (sous la forme « d'exportation » de patients) étaient parfois financées par les assurances sociales des pays d'origine des patients.

Les facteurs qui assuraient l'attractivité des systèmes de santé au Nord se sont progressivement banalisés en raison de l'augmentation des niveaux de formation, de la standardisation des procédures et protocoles médicaux et de la disponibilité croissante de produits pharmaceutiques et de matériel médical sur le marché international. La qualification des praticiens a rattrapé, dans plusieurs PED, celle des pays avancés et de nombreux spécialistes de ces pays exercent dans les pays de l'OCDE. En réponse à une demande de soins de plus en plus sophistiqués, qui traduit l'émergence d'une classe moyenne soucieuse de la qualité des services, les établissements hospitaliers des PED se sont dotés d'équipements modernes. Cette amélioration, qui ne s'accompagne pas toujours d'un progrès des indicateurs de santé publique, a permis

à plusieurs PED de réduire leurs importations de services de santé. Au-delà, elle a permis à certains d'entre eux de devenir des exportateurs nets de services de santé en s'engageant dans le « tourisme médical ».

Le tourisme médical n'est pas vraiment une nouveauté. 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 déjà prendre les eaux à Bath. Mais ce phénomène a longtemps occupé une place marginale dans les flux touristiques. Dans la période actuelle d'intégration économique accélérée et de débordement des frontières nationales dans un nombre croissant de secteurs des services, la question qui est désormais posée au secteur de la santé est double : l'accumulation d'un capital de compétences et de qualifications médicales dans les PED se traduit-elle par un avantage comparatif dans l'activité de soins pour ces pays ? Si tel est le cas, cet avantage comparatif engendre-t-il des résultats significatifs pour les économies concernées, en termes de devises, d'activité et d'emploi ? Les performances du système de santé de la Tunisie et sa proximité avec de larges bassins de patients, du Nord et du Sud, incitent à examiner ces questions sur ce terrain.

52

En l'absence de données précises, les exportations tunisiennes sont évaluées à partir d'une enquête réalisée auprès des cliniques privées. Les résultats de la Tunisie dans l'exportation des services de santé sont ensuite mis en perspective par un examen des réalisations de la Jordanie, pays qui dispose d'une offre de soins particulièrement réputée dans la région.

2.1. Les exportations de services de santé de Tunisie

Après avoir rappelé les conséquences sur les importations de l'amélioration de la qualité des soins en Tunisie, nous présentons l'échantillon, la méthode utilisée et les

résultats de l'enquête réalisée sur les exportations des cliniques privées. La nature de la demande extérieure adressée aux producteurs tunisiens est ensuite examinée, ainsi que les perspectives dans ce domaine. Enfin, les principaux effets indirects de ces exportations sur l'économie et le système de santé de la Tunisie sont discutés.

2.1.1. La substitution aux importations

Le premier effet de l'amélioration de la densité médicale et de la qualité des soins sur la balance des paiements de la Tunisie se situe du côté des importations. Il se mesure par la baisse du coût et la diminution du nombre de départs de patients tunisiens à l'étranger. Ces flux sont en partie connus, car la décision d'envoyer un patient à l'étranger est prise par une commission nationale, qui dépend du ministère de la Santé, et elle détermine la prise en charge des soins par la collectivité (ligne 1 du tableau 10).

En 1985, 1 434 malades étaient concernés par ce schéma³¹. Le coût par malade était sans commune mesure avec celui d'un patient soigné en Tunisie. La politique d'import-substitution qui a été menée a permis de ramener le nombre de patients soignés à l'étranger à 132 en 2003. Les traitements à l'étranger concernent désormais surtout les opérations délicates de pédiatrie et de chirurgie infantile (Achouri, 2004). Cependant, les séjours médicaux à l'étranger sur financement privé ne sont pas aussi précisément comptabilisés. Ils doivent probablement évoluer selon la même tendance. D'après les statistiques de la balance des paiements en effet, la diminution des départs de malades a provoqué une chute des importations de services de santé entre 1990 et 2000, de près de 13 millions DT à 4 millions³².

31. A la même époque, dix fois plus d'Algériens étaient pris en charge en France par la Sécurité sociale algérienne.

32. Comparativement, l'envoi de patients à l'étranger sur financement public concernait 500 personnes et un coût de 2,25 millions USD au Maroc en 2001 (Achy, 2004).

Tableau 10.
Les importations de services de santé en Tunisie

	1985	1990	1993	1996	1998	2000	2003
Financement collectif :							
- nombre de patients traités à l'étranger	1 434	nd	513	244	260	nd	132
- coût (1 000 DT courants)	7 600	nd	11 116	4 997	6 060	5 400	3 200
Balance des paiements :							
soins médicaux à l'étrange, (1 000 DT courants)	nd	12 800	11 700	12 600	8 900	4 000	4 400

Sources : Achouri et Achour, 2002 ; Achouri, 2004 ; Chokri et Achour, 2004 ; Banque centrale de Tunisie.

2.1.2. Évaluation des exportations de services de santé

Au-delà de « l'import-substitution », l'amélioration de la qualité du système de santé tunisien peut favoriser sa capacité d'exportation, c'est-à-dire sa capacité de traitement de patients étrangers. Cette orientation du système de santé serait cohérente avec le renforcement observé de son orientation marchande. En effet, au niveau de la demande, le financement privé (par les ménages) des dépenses nationales de santé augmente alors que, simultanément, la part du secteur privé dans l'offre (les cliniques) s'est considérablement étendue. Cette dernière évolution devrait se renforcer avec la réforme en cours du financement du système de santé.

54

Mais la seconde dimension des échanges de services de santé – les exportations – est beaucoup moins bien repérée que la précédente. Faute de données suffisantes, une enquête auprès des cliniques privées a été réalisée pour estimer les exportations de services de santé en Tunisie.

Échantillon et hypothèses

Le parc de cliniques privées tunisiennes est concentré dans le district de Tunis, dans lequel est installée plus de la moitié de la capacité nationale (55 %), ainsi qu'à Sfax,

Sousse, Nabeul, Gabès et Médenine qui représentent, ensemble, 35 % de la capacité du secteur. Le reste du territoire se partage 10 % des lits (tableau 11).

L'enquête a privilégié les cliniques les plus importantes, qui apparaissaient comme les mieux adaptées à l'accueil de patients étrangers³³. Dans la plupart des cas, des informations ont pu être recueillies sur les patients étrangers. Certains établissements n'ont fourni que des données incomplètes, par prudence ou par absence de suivi

Tableau 11.
Les cliniques interrogées

Région	Nombre de cliniques privées	Nombre de lits (% du total national)	Nombre de cliniques interrogées	Cliniques interrogées en % des lits
Tunis	43	1 297 (55)	15	63
Nord Est (Bizerte, Nabeul)	6	170 (7)	2	59
Nord Ouest (Jendouba, Le Kef)	5	92 (4)	3	71
Centre Est (Sousse, Sfax)	14	512 (22)	5	65
Centre Ouest	2	30 (1)	0	0
Sud Est (Gabes, Tataouine)	7	190 (8)	5	56
Sud Ouest	2	59 (2)	0	0
Total	79*	2 350 (100)	30	61

* dont les 13 centres d'imagerie médicale.

33. Les plus grosses cliniques ont fait l'objet d'une visite et d'entretiens. Elles représentent la moitié du nombre de cliniques de l'échantillon mais 70 % de la capacité en lits. Les autres cliniques de l'échantillon ont été interrogées par téléphone.

comptable suffisant. Lorsque les informations étaient incomplètes, la mesure des activités d'exportation s'est appuyée sur les hypothèses suivantes, considérées comme réalistes sur la base des données recueillies par ailleurs :

- taux d'occupation : 60 %,
- durée moyenne d'hospitalisation par patient : 3,1 jours,
- chiffre d'affaires par patient : 600 DT.

Les résultats

Les informations recueillies auprès des cliniques privées ont été utilisées pour estimer les exportations de services de santé et leur impact sur la valeur ajoutée du secteur, sur la balance des paiements et sur l'emploi pour l'année 2003.

Tableau 12.
Exportations de services de santé des cliniques

	Total	Libyens	Algériens	Européens	Autres étrangers
Nombre de patients	42 211	34 034	1 320	4 484	2 373
CA export en :					
millions DT	27,67	22,35	0,84	2,80	1,68
millions USD*	22,14	17,88	0,67	2,24	1,34
CA export / CA total (en %)	24,14	19,5	0,7	2,4	1,5

*1 DT = 0,8 USD.

Source : Estimations à partir de l'enquête de terrain.

Le taux d'exportation des cliniques privées s'établit, en moyenne, à 24,1 %. En effet, près du quart de leur chiffre d'affaires est réalisé avec des patients étrangers.

La clientèle libyenne est prédominante parmi les 42 211 patients étrangers soignés en 2003. Elle représente 34 034 personnes, soit 80 % des patients étrangers. Cependant, le poids des patients européens n'est pas négligeable, puisqu'il atteint environ 11 % du total. Les autres nationalités constituent les 9 % restants, qui se

décomposent en un tiers d'Algériens et deux tiers de nationalités diverses (anglo-saxonnes, africaines, arabes).

La valeur de la production exportée représente 22,1 millions USD en 2003, dont près de 18 millions USD vers la seule Libye. Ces chiffres portent uniquement sur les cliniques privées, car on retient ici l'hypothèse que seul le secteur privé exporte.

Cette estimation est plus élevée que le résultat obtenu par le ministère de la Santé lors d'un sondage réalisé en 2002 auprès de 18 cliniques, qui aboutissait à un chiffre d'affaires export de 8,3 millions DT et au traitement de 18 000 patients étrangers³⁴. Ces résultats sont cependant considérés comme sous-évalués par l'ensemble des acteurs concernés en raison, d'une part, du facteur fiscal qui incite à sous-estimer le niveau d'activité³⁵ et, d'autre part, du nombre limité d'établissements concernés. En revanche, ce sondage constatait la même prédominance (à 80 %) des patients libyens.

La prise en compte du coût total des soins, qui ajoute à la facture de la clinique le prix des médicaments et les honoraires des médecins et chirurgiens extérieurs, aboutit à une valeur totale des exportations de services de santé de 69,18 millions DT (55,3 millions USD)³⁶. La déduction des médicaments importés³⁷ des exportations totales permet d'obtenir les exportations de services de santé nettes d'importations, c'est-à-dire la recette nette en devises de ces activités : elle représente près de 61 millions DT (49 millions USD), soit 6,7 % de la valeur ajoutée totale des producteurs de services de santé.

34. Voir Achouri, 2004.

35. Le chiffre d'affaires moyen implicite par patient s'établit à 460 DT dans ce sondage, alors que les informations obtenues lors des interviews (menées en octobre 2004) montrent que le chiffre d'affaires par patient s'étage de 500 DT à 1 100 DT suivant les cliniques.

36. En moyenne, le coût des médicaments représente 70 % de la facture de la clinique et celui des honoraires médicaux 80 %. Le coût total des soins représente ainsi 2,5 fois la facture de la clinique.

37. 43 % des médicaments consommés en Tunisie sont importés (source : ministère de la Santé).

Tableau 13.
Exportations de services de santé de Tunisie (millions DT)

Exportations de services des cliniques	27,67
+ Pharmacie et autres intrants médicaux	19,37
+ Exportations de services des médecins et chirurgiens	22,14
= Total des exportations de services de santé	69,18
(millions USD)	(55,3)
- Importations de médicaments induites par les exportations	8,33
= Total des exportations nettes de services de santé	60,85
(millions USD)	(48,7)
Total des exportations nettes / valeur ajoutée du secteur	6,7 %

Source : Estimations à partir de l'enquête de terrain.

Cette évaluation est plus de deux fois supérieure à la valeur indiquée dans la balance des paiements tunisienne pour les « soins médicaux » du poste « Voyages »³⁸, qui est de 28,1 millions DT en 2003. Une interview à la Banque centrale n'a pas permis d'éclaircir le mode de construction de cette statistique³⁹. Quelle que soit la méthode, les déclarations dans ce domaine font apparemment l'objet d'une sous-estimation systématique pour des raisons fiscales.

Mais les exportations de services de santé au sens strict ne constituent pas les seules recettes d'exportation générées par le traitement de patients étrangers. Ces soins induisent également des dépenses de séjour en Tunisie, pour les patients eux-mêmes (préparation, convalescence) et pour leurs accompagnateurs. En retenant des hypothèses basses sur

38. Valeur que reprend le FMI dans sa base Balance des paiements (chapitre 3).

39. La Banque centrale travaille à partir des motifs qui sont précisés dans les paiements interbancaires (transfert Swift) : dans la plupart des cas, le motif est « règlement divers ». Consciente de cette sous-évaluation, la Banque centrale a décidé de créer une commission avec les cliniques de façon à pouvoir redresser les chiffres de la balance des paiements.

le coût de journée et la durée de ces séjours para-santé⁴⁰, on obtient une dépense totale de séjour induite par les exportations de services de santé de 64 millions DT.

Tableau 14.
Total des exportations induites par le traitement de patients étrangers (millions DT)

	Total	Libyens	Algériens	Européens	Autres étrangers
Total des exportations de services de santé	69,18	55,88	2,10	7,00	4,20
+ Dépenses de séjour induites	64,35	56,05	1,72	4,30	2,27
= (A) Exportations totales (millions USD)	133,53	111,93	3,82	11,30	6,47
	107				

Source : Estimations à partir de l'enquête de terrain.

La prise en compte de ces services induits porte la recette totale en devises générée par les exportations de services de santé à 133,5 millions DT (107 millions USD).

Tableau 15.
Les services de santé et induits dans les exportations tunisiennes

Exportations de services de santé et induits / exportations de services de tourisme	6,5 %
Exportations nettes de services de santé et induits / solde commercial tourisme	7,2 %
Exportations de services de santé et induits / total des exportations de services*	3,7 %
Exportations nettes de services de santé et induits / solde commercial des services	7,0 %
Exportations de services de santé et induits / exportations totales	0,9 %
Exportations de services de santé et induits / déficit commercial	9,8 %
Exportations de services de santé et induits / PIB	0,43 %

* Hors « opérations gouvernementales ». Par convention, les consommations intermédiaires importées des services induits sont estimées à 10 % du total des dépenses.

Source : Banque centrale de Tunisie, *Rapport annuel 2003*, qui indique un déficit commercial de 1 218 millions DT (FOB-FOB).

40. Durée moyenne d'hospitalisation : 3,1 jours. Durée moyenne de séjour du patient hors clinique : 2 jours. Nombre d'accompagnateurs par patient : Libyens 2, Algériens 1,5 ; autres nationalités 1. Dépense par jour hors clinique : 135 DT (moyenne du prix de journée clinique et du *per diem* courant pour la Tunisie). Ces dépenses journalières sont très inférieures à la dépense moyenne des touristes de même nationalité. Les touristes libyens dépensent par exemple 768 DT par jour en moyenne, les Algériens 145 DT, d'après le ministère du Tourisme.

Si la contribution au PIB des exportations de services de santé et induits apparaît faible, ces activités participent de manière plus significative aux exportations de services et à la réduction du déficit commercial de la Tunisie. Supérieures à 100 millions USD, les recettes en devises qu'elles engendrent représentent en effet près de 4 % des exportations totales de services et 7 % de l'excédent commercial total des services. De manière générale, 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.

Les exportations de services de la Tunisie sont dominées par le tourisme et le transport (72 % du total à eux seuls ; 75 % si on ajoute le transport de fret). Mais, à

Tableau 16.
Les services de santé et induits dans les exportations de services (2003)

Branches des services*	Valeur (millions DT)	% du total
Tourisme ^a	1 813	49,5
Transport de passagers et autres	819	22,4
Commerce et négoce	169	4,6
Grands travaux et services techniques	157	4,3
Services de santé et induits	134	3,7
Transport de fret	113	3,1
Frais de bureau	98	2,7
Services financiers	71	1,9
Voyages professionnels	38	1,0
Services d'assurances	26	0,7
Services informatiques et d'information	25	0,7
Redevances et licences	23	0,6
Etudes et stages	15	0,4
Services personnels et culturels	7	0,2
Divers	122	3,3
TOTAL	3 661	100

* Hors « opérations gouvernementales » ;

a : dépenses de séjour « santé » déduites

Source : Banque centrale de Tunisie, *Rapport annuel 2003*.

l'exception du transport, il s'agit d'activités à productivité faible ou moyenne. Parmi les services à plus forte productivité qui font l'objet d'un commerce international (les services « échangeables »), les services de santé et induits apparaissent comme l'un des secteurs les plus performants à l'exportation. Ce secteur exporte deux fois plus que la branche « services financiers » et cinq fois plus que la branche « services informatiques », deux branches de services parmi les plus internationalisées.

Conséquence du niveau de productivité du secteur santé, les exportations y créent relativement moins d'emplois que dans d'autres branches. En conservant les mêmes hypothèses de taux d'encadrement, l'emploi total des producteurs de services de santé peut être estimé à 75 360 personnes en 2003. Dans cet ensemble, les exportations contribuent à la création d'environ 5 000 emplois, dont 2 800 emplois médicaux et plus de 2 200 emplois de personnel d'appui hospitalier. L'intensité en emploi des activités de services induits est plus élevée. Sur la base des données sur l'activité touristique construites par le *World Travel Tourism Council* (WTTC), la production de services de séjour induite par le traitement de patients étrangers représente en effet 5 430 emplois⁴¹. L'emploi total généré par ces exportations représente ainsi près de 10 500 personnes en 2003.

Tableau 17.
Emploi induit par le traitement de patients étrangers

Emploi dans la production de services de santé, dont :	5049
- emploi médical (médecins, infirmières...)	2 805
- personnel d'appui	2 244
En % de l'emploi total du secteur	6,7
Emploi dans les services d'hébergement induits	5 433
Emploi total induit	10 482

Source : Estimations à partir de l'enquête de terrain.

41. L'emploi « induit » est calculé à partir de l'estimation de la VA/per capita fournie par le WTTC pour la Tunisie.

A Tunis, le degré de concentration de l'offre de clinique se retrouve pratiquement à l'identique au niveau des exportations de services de santé, quelle que soit la nationalité des patients étrangers. En revanche sur le reste du territoire, la répartition géographique des exportations apparaît plus particulière. En dehors de Tunis, le marché de la clientèle libyenne est concentré autour de Sfax. Ce marché apparaît particulièrement polarisé sur ces deux localisations. En comparaison, la répartition géographique des autres exportations de services de santé est plus proche de la structure du parc hospitalier privé.

Tableau 18.

Polarisation géographique des exportations de services de santé des cliniques privées

Région / en %	Libyens	Autres patients étrangers	Capacité hospitalière privée
District de Tunis	48,6	49,7	55
Nord Est (Bizerte, Nabeul)	0,2	12,5	7
Nord Ouest (Jendouba, Le Kef)	0	6,9	4
Centre Est (Sousse, Sfax)	46,3	15,3	22
Centre Ouest	0,1	0,4	1
Sud Est (Gabès, Tataouine)	4,6	11,2	8
Sud Ouest	0	3,7	2
Total Tunisie	100	100	100

62

Source : Estimations à partir de l'enquête de terrain.

Tableau 19.

Ratio de concentration des exportations par établissement

Part des n premières cliniques dans l'offre nationale	CA export	CA export « Libyens »	CA export « autres étrangers » (nombre de lits)	Capacité hospitalière privée
C1	10,3	12,3	13,8	5,6
C2	20,5	22,8	21,7	10,8
C3	29,8	32,1	28,4	15,5
C4	37,2	41	34,4	19,4
C5	42,6	46,6	39,8	23,1
C6	47,4	51,3	44,5	26,5
C7	50,8	54,7	48,8	29,9

Source : Estimations à partir de l'enquête de terrain.

Le tableau 19 indique la part cumulée des premières cliniques dans les exportations. Ainsi, la première clinique assure à elle seule 10 % des exportations et les trois premières 30 %. La comparaison des indicateurs de concentration figurant dans ce tableau souligne le dualisme du secteur privé tunisien dans l'activité d'exportation. Les recettes d'exportation sont plus concentrées que la structure hospitalière privée : les sept cliniques les plus exportatrices assurent plus de la moitié des exportations totales. La concentration des exportations est plus marquée pour les patients libyens que pour les autres étrangers. L'exportation représente donc un revenu important pour un petit nombre de grandes cliniques de Tunis et de Sfax (21 % du CA en moyenne à Tunis et environ 40 % à Sfax), mais il s'agit d'une activité assez marginale pour le reste de la profession, en tous cas pour l'instant.

2.1.3. Nature et perspectives de la demande extérieure de services de santé

L'exportation de services de santé n'est pas le résultat d'une politique mais celui d'initiatives privées. Elle est d'abord induite par la demande. Les Libyens sont par exemple venus à cause de l'embargo, mais aussi parce que le coût était très inférieur à ce qu'ils pouvaient trouver ailleurs. L'intérêt des pouvoirs publics pour ce secteur est donc récent et leur intervention demeure périphérique. La loi de finances adoptée pour 2005 supprime par exemple la TVA de 6 % qui était jusqu'ici imposée aux patients étrangers pour leurs soins médicaux. Ce type de mesure d'appui participe de l'enthousiasme général pour le développement des exportations de santé, mais ne définit pas pour autant une stratégie.

On observe actuellement une large mobilisation autour de cette activité. Mais elle est confuse et ses prémices sont fragiles. La multiplicité de « bruits » dans la presse, les media, les colloques, etc., construit par un mécanisme de redondance l'image d'un marché émergent à l'avenir prometteur. La réalité est plus sommaire. En Tunisie, l'exportation de services de santé regroupe :

- une rente : les Libyens ;
- une niche à développer : les touristes et expatriés européens ;
- une niche en émergence : la chirurgie esthétique ;
- des marchés imaginaires.

a) La rente libyenne et l'exportation de proximité

Une clientèle libyenne fréquentait les cliniques tunisiennes bien avant l'embargo international sur la Libye (avec les Tunisiens d'origine libyenne et *vice versa*), d'abord à partir de Sfax et de son université de médecine. Après l'embargo, le choix de destination des Libyens s'est restreint à l'Égypte et à la Tunisie. Le net avantage tunisien dans le secteur de la santé a logiquement conduit à privilégier cette destination. Les flux de patients se sont alors intensifiés. Après la levée de l'embargo, leur croissance semble s'être interrompue mais, d'après les professionnels tunisiens, le volume n'aurait pas diminué⁴². En revanche, une partie des Libyens les plus fortunés a retrouvé le chemin des hôpitaux européens et la Jordanie est redevenue une destination privilégiée. Ce circuit commercial de proximité s'est construit pour l'essentiel sans prospection, par le bouche à oreille. Une partie des patients libyens viennent *via* leur ambassade, qui les dirige parfois vers des cliniques particulières.

La demande des Libyens porte sur tous les types de traitements, comme celle des patients tunisiens. On constate une sophistication croissante de la demande : accouchement, mais aussi stérilité et demande de FIV⁴³. Les Libyens franchissent la frontière pour se faire soigner, d'une part parce que la qualité et la rapidité des soins proposés en Tunisie sont bien meilleures que ce qu'ils peuvent espérer obtenir en Libye et, d'autre part, parce que l'État libyen prend souvent en charge cette dépense. Dans ce cas, l'ambassade de Libye à Tunis garantit à la clinique le paiement de la facture

42. Dans les régions de Sfax et de Sousse, la clientèle libyenne aurait augmenté de 1988 à 1993, puis elle aurait diminué et elle augmenterait à nouveau depuis 2000.

43. D'après les cliniques interrogées à Sfax, 35 % des patients libyens demanderaient des tests de stérilité.

des soins. Cette garantie financière du traitement des patients libyens a accru la solidité de ce débouché pour les cliniques, malgré les lenteurs et retards de paiement qui créent des problèmes de liquidités aux établissements concernés⁴⁴. Une grande partie de la clientèle libyenne – celle qui manque d'appui dans l'administration et/ou qui dispose de moyens suffisants – autofinance ses dépenses médicales.

L'importance et la régularité de ces flux ont conduit de nombreuses cliniques tunisiennes à organiser une offre et des services spécialisés pour cette clientèle. Certaines prennent par exemple en charge les patients d'aéroport à aéroport et disposent de correspondants permanents en Libye. Comme pour les patients tunisiens, le rôle de prescripteur du médecin ou du chirurgien reste néanmoins essentiel dans le choix de la clinique. En raison de facteurs historiques et de proximité, les cliniques de Sfax se sont particulièrement spécialisées dans l'offre de soins aux patients libyens. Suivant les cas, cette activité représente entre un quart et la moitié de leur chiffre d'affaires. Au niveau national, elles réalisent ainsi près de la moitié des exportations de services de santé vers la Libye. Des cliniques à Djerba, et surtout à Tunis, ont également développé une spécialisation similaire qui, dans certains cas, représente près du tiers de l'activité.

Les projets de réforme du secteur de la santé en Libye n'inquiètent pas les cliniques tunisiennes. Elles bénéficient de l'écart entre un revenu par habitant élevé et la faiblesse du système de soins en Libye. Les performances du système libyen ne peuvent s'améliorer rapidement car elles sont la résultante d'une combinaison de défauts structurels : un personnel pléthorique à faible productivité, une qualité et une diversité des soins insuffisantes. L'ouverture de la Libye et les investissements étrangers annoncés dans le secteur médical ne devraient donc pas changer la situation et la Tunisie continuera à profiter encore longtemps de la rente libyenne.

44. Le service en charge de la gestion de ces prises en charge et paiements occuperait une vingtaine de personnes à l'ambassade libyenne de Tunis.

L'avantage qualitatif de la Tunisie pourrait être élargi à d'autres marchés de proximité. De manière inattendue, les patients algériens semblent peu nombreux à s'adresser aux cliniques tunisiennes. Des difficultés culturelles, une préférence pour la Jordanie, la tradition d'ouverture sur la France pour les ménages aisés, l'amélioration de la situation en Algérie sont évoquées pour expliquer cette faible présence des Algériens en Tunisie. En revanche, les autres marchés africains de proximité représentent un potentiel qui commence à être exploité. Plusieurs cliniques de Tunis ont ainsi signé des accords avec des institutions mauritaniennes (Banque centrale de Mauritanie et la SNIM) et pour certaines d'entre elles, le flux de patients mauritaniens devient significatif⁴⁵. Le déplacement du siège de la Banque africaine de développement à Tunis constitue une opportunité pour améliorer la notoriété des cliniques tunisiennes et fidéliser des patients africains.

b) Une niche à développer : les touristes et expatriés européens

Le marché des soins aux touristes européens est difficile à estimer car cette activité est plus éparpillée. Elle ne constitue un segment d'activité significatif que pour un petit nombre de cliniques, localisées à la périphérie des zones de concentration touristiques, comme à Nabeul, près d'Hammamet. Ces établissements ont souvent des accords avec les principales assurances internationales et ont parfois mis en place des procédures d'accueil et de traitement spécifiques pour cette clientèle.

Le résultat des enquêtes aboutit à une estimation d'environ 4 500 patients européens en 2003, soit un peu plus de 10 % de l'ensemble des patients étrangers. Ce chiffre est faible comparé au flux des 2,8 millions de touristes européens en Tunisie dans l'année, qui résident en moyenne 8,3 jours dans le pays. Les informations sur les patients européens expatriés sont insuffisantes. Dans les deux cas, il s'agit de marchés partiellement captifs pour les cliniques tunisiennes, car ces patients disposent en

45. Les patients mauritaniens représentent parfois 10 % des patients étrangers non libyens.

général de la possibilité technique et des moyens financiers d'être soignés en Europe. La dimension de rente existe donc, mais avec une intensité moindre que pour les patients libyens.

Mais au-delà du chiffre d'affaires qu'il engendre directement, le traitement des touristes européens représente un enjeu stratégique pour les cliniques tunisiennes en raison, d'une part, des processus d'apprentissage et d'adaptation qu'il implique et, d'autre part, des effets de réputation et de notoriété qu'il peut produire. Ce second point est essentiel dans le secteur de la santé où la confiance dépend de la réputation, qui se construit d'abord sur la satisfaction des patients et l'image qu'ils diffusent. Un touriste satisfait de son séjour médical en Tunisie constitue un précieux vecteur d'image de retour chez lui, et inversement.

c) Un segment émergent : l'esthétique

La chirurgie esthétique a d'abord été pratiquée dans les cliniques pour les Tunisiens puis, à partir de 1998, pour les expatriés. Le bouche à oreille a ensuite conduit quelques clients européens (français, suisse, belges) à se déplacer pour se faire opérer en Tunisie. Une clinique de Tunis en particulier s'est construite une réputation de qualité et de prix compétitifs. Elle a opéré l'essentiel de ces premiers touristes médicaux. Une émission de télévision française l'a faite connaître à un large public en France et cette notoriété a suscité un grand nombre de contacts et de demandes d'information.

67

Cependant, la chirurgie esthétique demeure pour l'instant un segment marginal des exportations tunisiennes de services de santé. La clinique la plus réputée annonce un volume de 150 patients européens en 2004 dans ce domaine. Dans les autres cliniques ayant développé cette spécialité, le nombre de patientes européennes opérées est de l'ordre d'une ou deux dizaines par établissement. Le chiffre d'affaires correspondant est plus faible que pour d'autres opérations, car ce type de chirurgie utilise peu d'équipements, en dehors de la réanimation. Cette activité n'optimise donc pas

l'utilisation des plateaux techniques. En définitive, le nombre de patients européens opérés en Tunisie se mesure plutôt en dizaines qu'en centaines. Il est probablement compris entre 200 et 400 par an.

Le volume réel d'activité apparaît donc en profond décalage avec l'image d'un marché vaste et en forte expansion diffusée en Europe, en particulier en France. On y observe en effet la construction d'une rumeur sur le thème de la facilité d'accès et de la large utilisation par les patients européens des services de chirurgie esthétique tunisiens. La chirurgie esthétique en Tunisie est devenue un sujet à la mode qui a suscité une multiplication de sujets dans des émissions de télévision à forte audience, comme dans la presse grand public⁴⁶. Cumulé au nombre pléthorique de pages internet disponibles sur ce thème, ce « bruit » des médias diffuse l'image d'un secteur techniquement performant, commercialement « mûr » et dynamique. Mais cette impressionnante notoriété de la chirurgie esthétique tunisienne est déconnectée de la réalité. Elle a fondamentalement la nature d'une « bulle » médiatique⁴⁷.

Si la campagne de promotion apparaît en avance sur l'activité réelle, le segment de la chirurgie esthétique dispose cependant d'un certain potentiel de développement à l'exportation, qui repose sur deux facteurs :

- la Tunisie offre un rapport qualité/prix très compétitif. La compétence des spécialistes tunisiens de chirurgie esthétique est apparemment reconnue et ils sont assez nombreux (80 affiliés à la Société tunisienne de chirurgie esthétique).

46. Par exemple : Emissions « *Le droit de savoir* » (TF1, janvier 2004), « *Destination bistouri* » (RTL-TVI, mai 2004), « *J'ai décidé d'être belle* » (M6, 9 novembre 2004), « *Capital* » (M6, avril 2005) ; reportage dans les magazines *Réponse à tout* (avril 2005), *Le Nouvel Observateur* (5 mai 2005), *Elle* (9 mai 2005). Liste pour illustration et non exhaustive.

47. Sur les 100 premières pages de « *chirurgie esthétique Tunisie* » proposées par Google, qui en offre 4 400 sur ce thème (en avril 2005), on revient en boucle sur deux intermédiaires de « Tourisme esthétique » et trois cliniques de Tunis, qui semblent être référencés par tous les sites dans ce domaine. Les articles de presse consultés renvoient au même petit nombre d'opérateurs.

Suivant la complexité des opérations, les cliniques tunisiennes proposent des tarifs *all inclusive*, qui comprennent vol et séjour en plus des soins, inférieurs de 30 % à 50 % aux tarifs des seuls soins en France ;

- le mode de consommation particulier de ce service de santé offre des opportunités de développement commercial plus vastes que celles des autres services de santé. En effet, la chirurgie esthétique n'est pas prise en charge par les systèmes d'assurance collective dans les pays européens, car elle répond très rarement à un besoin de santé. Les opérations sont donc financées directement par les patients et le secteur s'est structuré sous la forme d'un marché, dans lequel les clients choisissent entre des prestataires concurrents à partir d'un ensemble de critères parmi lesquels le prix est essentiel. Symétriquement, les cliniques européennes se positionnent souvent de manière commerciale. Les personnes qui achètent ces services adoptent donc souvent une approche plus consumériste que médicale. Dans ce contexte, les avantages de confort et de prix de la Tunisie peuvent détourner une partie de la demande européenne vers les cliniques locales.

Le développement d'un tel marché apparaît néanmoins incertain. L'activité d'exportation de soins esthétiques est vulnérable au niveau d'une clinique, la réputation et la notoriété reposent sur des externalités positives qui sont construites dans le temps par l'ensemble d'un secteur national de santé. Lorsqu'elles sont fortes, elles permettent de justifier des prix élevés et d'amortir l'incidence économique du risque médical. Or, les *late-comers* que sont les cliniques tunisiennes ne bénéficient pas d'une réputation de sécurité médicale solidement établie sur le marché européen. Tant que cet écart de réputation avec les concurrents européens demeure, la prise de risque des établissements tunisiens est supérieure car le coût de l'échec est beaucoup plus élevé. En effet, l'impact sur l'image du secteur d'un accident thérapeutique isolé serait faible s'il survenait dans une clinique suisse, mais considérable dans une clinique tunisienne ; pour le patient européen, le risque existe également. Dans la pratique, et

malgré les assurances disponibles, un problème légal majeur demeure : comment préciser la responsabilité de la clinique vis-à-vis du patient lorsqu'il a quitté le territoire tunisien ? Quels sont les recours du patient européen ? Quel praticien assure le suivi médical de l'opération et à quel coût pour le patient ?

Le service de chirurgie esthétique des cliniques tunisiennes proposé aux patients européens est incomplet tant qu'elles ne maîtrisent pas l'amont (prescription) et l'aval (post-opératoire et suivi médical) de l'opération. Cette présence partielle sur la chaîne du service de santé et l'absence de contrôle de l'ensemble de cette chaîne augmentent la vulnérabilité commerciale et médicale des cliniques. Elles ne maîtrisent pas le marché, ne réalisent pas de bilan préopératoire et assurent rarement « l'après-vente » de leur intervention.

De plus, elles capitalisent moins de notoriété de leurs succès médicaux. Une partie de cet effet d'image bénéficie en effet aux nombreux intermédiaires qui proposent aux clients européens de sélectionner avec eux, « sur catalogue », leur opération de chirurgie esthétique et de leur organiser leur séjour, sur le modèle des agences de voyage. Ces intermédiaires prospèrent sur l'absence de contrôle des cliniques en amont du marché et prélèvent des marges importantes. Ce positionnement de la chirurgie esthétique comme un produit touristique est commercialement prometteur mais risqué. La confiance dans ce domaine dépend de l'image de marque médicale de la Tunisie et il ne semble pas approprié d'en laisser la construction à des agences de voyage et à des promoteurs de produits touristiques.

70

Des systèmes de partenariats, de franchise ou de jumelage avec des établissements ou des médecins européens seraient plus judicieux. Ils seraient à la fois plus rassurants pour le patient et plus sûrs aux niveaux commercial et médical pour les cliniques tunisiennes, qui disposeraient de prescripteurs capables de réaliser des bilans médicaux et, surtout, de la possibilité de garantir à leurs clients le suivi post-

opérateur en Europe. C'est d'ailleurs déjà ce qui est pratiqué de manière informelle par certains chirurgiens tunisiens.

d) Les marchés imaginaires

Deux autres segments potentiels sont souvent évoqués. Ils concernent les actes chirurgicaux pour lesquels il existerait une demande non ou mal satisfaite en Europe et l'accueil médicalisé de personnes âgées en Tunisie. Mais ces niches sont de nature virtuelle et leur concrétisation ne semble pas pouvoir être envisagée à moyen terme.

Les chirurgiens tunisiens considèrent qu'il existe des perspectives d'exportation de services dans le cas des soins mal pris en charge en Europe, comme la dentisterie, et sur certains « créneaux » qui combinent file d'attente en Europe et standardisation internationale du traitement. Ce second axe vise donc les pays à système de financement « beveridgien » et en particulier le Royaume-Uni. Il concerne les opérations à risque faible dont les protocoles sont banalisés, comme les prothèses de la hanche et du genou ou les cataractes. Plusieurs cliniques considèrent également que le savoir-faire tunisien dans le domaine de la chirurgie cardio-vasculaire pourrait être exploité auprès de patients étrangers⁴⁸. Ces perspectives se fondent sur l'avantage de compétitivité-coût considérable dont dispose la Tunisie vis-à-vis des pays européens : la nuit d'hospitalisation est trois à cinq fois moins coûteuse ; une opération à cœur ouvert environ moitié moins onéreuse en Tunisie qu'en France. Les cliniques tunisiennes proposent par exemple une opération de la cataracte pour un coût total compris entre 500 et 1 000 €, très inférieur au niveau européen.

Cet avantage de coût a suscité une multiplication d'annonces, de projets, de séminaires sur le thème des exportations de soins chirurgicaux vers l'Europe. Plusieurs

48. Il y a, en effet, de très bons chirurgiens et cinq ou six grands établissements spécialisés en Tunisie.

cliniques se dotent d'instruments de promotion et sont sollicitées par des intermédiaires qui proposent un appui à la commercialisation de leurs services à l'étranger⁴⁹. Le projet *Operation Abroad* illustre, à l'extrême, ce processus de construction d'un marché imaginaire (encadré 1). Car, en réalité, aucun flux de patients européens vers la Tunisie ne se crée.

Deux raisons principales expliquent cette immobilité des clients européens :

- (i) la non-portabilité des assurances : dans les pays sans file d'attente, comme la France, la prise en charge sur le territoire national dissuade absolument le patient de se déplacer. Des conventions avec des organismes payeurs seraient nécessaires pour qu'un commerce international se concrétise. Elles n'existent pas actuellement et semblent difficiles à établir. Une clinique de Tunis a 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 qui n'a pu être établie. Même si la CNAM, ou des assurances privées, décidait de s'ouvrir au commerce international pour réduire les coûts de santé en France, il est peu concevable que le puissant lobby des médecins accepte d'être soumis à une concurrence internationale ;
- (ii) un marché potentiel étroit : dans les pays où la pénurie de soins est parfois plus patente et où des files d'attente existent (Royaume-Uni, Italie...), l'offre tunisienne est en concurrence avec des systèmes de santé beaucoup plus réputés comme ceux de la France ou de la Suisse. Les cliniques tunisiennes ne peuvent donc se positionner que sur les segments bas et moyens de l'activité : celle qui s'adresse aux ménages aux ressources financières trop faibles pour se faire soigner en France mais suffisantes pour se rendre en Tunisie, par exemple. *A priori*, s'il existe, ce segment est étroit.

49. Certaines cliniques tunisiennes ont par exemple acheté, cher, des pages de publicité dans des annuaires ou des sites internet spécialisés.

Encadré 1.

Operation Abroad, du mirage commercial à la légende

Le projet d'*Operation Abroad* en Tunisie articulait de manière idéale les complémentarités sur lesquelles repose l'enthousiasme actuel pour l'exportation de soins chirurgicaux.

Cette entreprise anglaise, créée par un ancien professionnel de l'assurance, avait sélectionné des établissements médicaux à l'étranger (Inde, Égypte, Turquie...), qui devaient répondre à la demande des patients anglais pour des délais de traitement réduits à des coûts compétitifs. Son développement commercial semblait assuré par l'annonce de Tony Blair de permettre la prise en charge par le *National Health Service* (NHS) des opérations à l'étranger. Un catalogue de cliniques partenaires avait ainsi été constitué, imprimé et diffusé, et plusieurs cliniques tunisiennes avaient signé une convention avec *Operation Abroad*, qui prévoyait une commission de 10 % pour l'intermédiaire et ciblait un certain nombre d'opérations à faible risque comme les prothèses et la cataracte. Un flux de 1 000 patients anglais était annoncé en Tunisie pour la première année.

Mais ce projet n'a débouché sur aucune suite concrète. Le NHS a finalement refusé la prise en charge des patients anglais à l'étranger et le décès du promoteur d'*Operation Abroad* a conduit à l'abandon du projet. Cependant, l'absence de concrétisation de ce projet ne semble pas avoir refroidi l'enthousiasme qu'il a suscité. Il est en effet toujours présenté et/ou cité dans de nombreux articles et rapports comme une opération qui fonctionne réellement à l'heure actuelle⁵⁰ ! Cette incroyable notoriété *post-mortem* s'explique sans doute par l'architecture idéale de ce projet. Il combinait la disponibilité de compétences bon marché en Tunisie et une demande de soins insatisfaites au Royaume-Uni et créait l'intermédiaire nécessaire pour que cette offre et cette demande potentielles se rencontrent.

50. Ainsi, le récent (janvier 2004), et par ailleurs très sérieux, rapport final de l'*International Trade Center* (centre commun à l'OMC et à la CNUCED) sur les exportations de services tunisiens renvoie également cet écho : « (...) une société britannique de promotion publicitaire basée à Manchester en Angleterre qui a noué des conventions avec deux cliniques tunisiennes, la clinique Ibn Roch et Nouvel Hôpital à Hammamet. En raison du système d'assurance britannique qui ne couvre pas les frais des soins en dehors de l'Angleterre, la clientèle est principalement formée de clients privés venus se faire soigner à leurs frais ou disposant d'une assurance privée. Une fois en Tunisie, les patients sont pris en charge de leur descente d'avion jusqu'à leur convalescence, la clinique disposant d'une aile spéciale pour héberger les malades ». (ITC, 2004, p. 46).

Le coût élevé de l'encadrement des personnes âgées et les besoins croissants dans ce domaine dans les pays riches ont également inspiré l'idée d'utiliser pour ces prestations les ressources humaines relativement abondantes et bon marché des PED, qui sont situées de plus sous des climats agréables. La Tunisie, qui dispose d'une excellente réputation de sécurité et de stabilité, semblait être une destination opportune pour diminuer « le coût du troisième âge », en premier lieu dans les pays européens. Plusieurs missions exploratoires et discussions ont déjà eu lieu avec des représentants publics ou privés norvégiens, suédois et japonais. Mais ces démarches ne semblent pas avoir dépassé le stade du projet et leur concrétisation est incertaine⁵¹.

Sur ce créneau également, la taille réelle du « marché » est probablement réduite. En France en effet, les personnes âgées demeurent chez elles tant qu'elles sont valides et cette période d'autonomie s'allonge. Lorsqu'elles ne peuvent plus fonctionner de manière autonome et qu'elles réclament un encadrement quotidien, elles doivent être hébergées dans des structures très médicalisées. Pendant la première période, ces personnes n'ont pas de raison de quitter leur environnement familial et la proximité de leurs famille et relations. Pour la seconde période, les cliniques tunisiennes sont mal adaptées. Elles devraient investir dans des services complets de type hôtelier, qui sont lourds et difficiles à rentabiliser pour une clinique. De plus, les pathologies spécifiques du troisième âge (cardiologie, traumatologie...) induisent des risques particulièrement élevés. Pour ces différentes raisons, la plupart des cliniques ne souhaitent pas s'engager dans cette activité. De plus, la barrière psychologique à l'éloignement est forte pour les personnes concernées et leur entourage.

Le succès du centre de vacances d'El Chem à Monastir, qui appartient à la Caisse de retraite des salariés du bâtiment et qui accueille des retraités et actifs des entreprises françaises de BTP, a probablement contribué à inspirer cette idée d'une spécialisation

51. D'après les responsables du secteur privé et de l'administration interviewés en Tunisie.

tunisienne dans l'accueil médicalisé des Européens âgés. Mais il y a une erreur de perception : El Chem est un centre de vacances, qui offre des services de tourisme social, et non une maison de retraite.

Si le créneau des maisons de retraite ou des centres de repos pour les Européens âgés apparaît donc peu prometteur, des produits touristiques qui intègrent une dimension santé peuvent en revanche être développés et promouvoir des synergies entre les secteurs du tourisme et de la santé (chapitre 4).

2.1.4. Les effets indirects des exportations sur l'économie et le système de santé de la Tunisie

L'estimation précise des effets indirects de l'exportation de services de santé dépasse les possibilités de cette étude. Ces effets indirects représentent des opportunités et des risques plutôt que des liaisons mécaniques. Le repérage précis de ces liaisons potentielles et l'estimation de leur degré de réalisation nécessiteraient une étude lourde, en particulier pour calibrer l'intensité de ces relations. A ce stade, trois types d'effets peuvent néanmoins être identifiés : les effets d'entraînement en amont du secteur santé ; la consolidation du système de santé ; et le risque de dualisme médical.

75

Les effets d'entraînement inter-branches

Les ventes de services induits d'hébergement pris en compte plus haut se situent en aval de la production des services de santé. Mais celle-ci engendre également des dépenses en amont, sous la forme de consommations intermédiaires diverses, qui correspondent à des achats aux autres branches de l'économie et se traduisent par un effet multiplicateur dont l'intensité peut être mesurée dans un tableau entrées-sorties.

Cette méthode a été suivie dans deux études réalisées en France et en Thaïlande (tableau 20). La comparaison des résultats est délicate car l'organisation des systèmes

de santé est propre à chaque pays et les nomenclatures ne traduisent pas les mêmes regroupements d'activité. Ces travaux montrent néanmoins que les effets d'entraînement des services de santé ne sont pas négligeables, bien qu'ils soient plus faibles que ceux des branches industrielles. Dans le cas de la France par exemple, l'industrie pharmaceutique exerce l'effet d'entraînement le plus puissant sur le reste de l'économie. Les effets d'entraînement des services de santé sont plus limités mais, étant donné la masse du secteur, ils ont une forte incidence globale. L'étude détaillée d'Auray et Duru (1995) précise également la hiérarchie des branches entraînées par la production de services de santé. Mis à part les produits pharmaceutiques, les branches qui bénéficient de l'effet d'entraînement le plus puissant des services de santé sont la parachimie, la presse/imprimerie, les produits alimentaires, les meubles et le travail du bois, la réparation et le commerce automobile et l'électricité.

Tableau 20.
Les effets d'entraînement du secteur de la santé

Branche	France : multiplicateur global	France : multiplicateur hors intra-branche	Thaïlande : multiplicateur hors intra-branche
Produits pharmaceutiques	1,67	0,65	1,00
Services non marchands de santé	1,45	0,45	nd
Services marchands de santé	1,28	0,28	0,91

Sources : Auray et Duru, 1995 ; Janjoeren et Supakankunti, 2002.

Si ces coefficients ne peuvent être projetés à l'identique sur une autre structure économique, ils suggèrent néanmoins un ordre de grandeur du multiplicateur d'activité des services de santé d'environ 1,5. Dans le cas de la Tunisie, cela signifie qu'une augmentation de la demande finale de 1 000 adressée aux producteurs de services de santé induit, en amont, une augmentation de 500 de la demande intermédiaire adressée aux autres secteurs économiques. En Tunisie, l'activité dans les branches fournisseurs de la santé induite par les exportations représente donc une production qui se situe dans une fourchette de 30 à 40 millions DT (24-32 millions USD).

b) La consolidation du système de santé

La consolidation de la structure nationale d'offre de soins représente le deuxième type d'effet positif d'un développement des exportations des producteurs de services de santé. Dans le meilleur des cas, ce phénomène favorise l'accélération du processus de mise à niveau des cliniques.

Un premier effet potentiel dans ce domaine est d'atténuer les forces qui incitent le personnel médical à s'expatrier. La fuite des cerveaux est un vecteur traditionnel de mondialisation du secteur de la santé, mais ce flux est exclusivement orienté dans le sens d'un transfert de personnel du Sud vers le Nord. Ces fuites de compétences atteignent des niveaux dramatiques dans certains PED⁵². Cette émigration représente une perte sociale considérable puisque les investissements, intensifs en financement public, réalisés dans la formation de leurs personnels médicaux ne profitent pas aux pays qui les ont mis en œuvre. Les 600 médecins sud-africains qui exercent en Nouvelle-Zélande représenteraient ainsi par exemple une perte estimée à 37 millions USD pour l'Afrique du Sud (World Bank, 2003). Ce transfert de personnel qualifié constitue une forme de subvention, sans compensation, du système de santé du pays récepteur par le pays émetteur⁵³.

Le risque de fuite existe également dans des PED à niveau de revenu intermédiaire ou élevé. Une étude en cours sur le Liban estime par exemple que près de 20 % des infirmières formées à l'université St Joseph de Beyrouth depuis 1999 travaillent à l'étranger (Kronfol, 2005). Ces mouvements de personnel sont d'abord provoqués par

52. En Éthiopie par exemple, 56 % des médecins diplômés de la faculté de médecine d'Addis Abeba entre 1984 et 1994 avaient 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).

53. En revanche, les éventuelles remises des travailleurs émigrés contribuent à augmenter le revenu national du pays émetteur. Mais l'impact direct sur la santé publique est nul.

le différentiel entre l'espérance de revenu sur le territoire national et l'espérance de revenu à l'étranger. Lorsque ce différentiel dépasse le coût d'opportunité du départ, il déclenche l'émigration. Dans cette perspective, la montée en gamme des prestations, ou des catégories de patients, sur le territoire national génère de meilleures opportunités de carrière et de revenu. Le développement des exportations de soins représente ainsi une force centripète qui accroît le coût d'opportunité du départ et freine l'émigration médicale.

Par ailleurs, l'élargissement de la gamme des prestations offre l'opportunité d'un approfondissement des filières de soins par le recours à des compétences et à des équipements dont la rentabilisation serait plus incertaine en l'absence de cette clientèle étrangère et de ses besoins propres. Concrètement, l'élargissement de la demande effective peut justifier l'investissement dans des équipements plus sophistiqués que ceux que le seul marché intérieur peut amortir. Une clinique de Tunis a par exemple investi récemment dans un équipement de résonance magnétique et un scanner (investissement d'environ 4 millions DT). Le projet en cours d'installation et de généralisation d'une procédure de certification des cliniques tunisiennes sur le modèle de l'ANAES française⁵⁴ s'inscrit également dans ce processus de mise à niveau.

Enfin, la production du secteur de la santé participe à l'accumulation de capital humain, qui constitue l'un des déterminants majeurs de la croissance, comme le soulignent par exemple les théories de la croissance endogène (Majnoni d'Intignano, 2001 ; Piatecki et Ulmann, 1995 ; Zamora, 2000). Le développement des exportations peut favoriser l'amélioration de l'efficacité de l'offre de santé et son élargissement, amplifier les externalités issues de la production de services de santé et contribuer ainsi, indirectement, au renforcement des bases de la croissance.

54. En France, tous les établissements de soins doivent être accrédités par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui réalise un audit global de la qualité des services.

Le risque de dualisme médical

Le risque d'apparition, ou d'accentuation, du « dualisme médical » est un thème prépondérant dans les travaux et débats sur les exportations de services de santé des PED. « *The benefits that may accrue from the development of trade opportunities must be weighed against the potential negative effects* », annonce le secrétariat de la CNUCED dès la troisième page de la synthèse des travaux d'un séminaire d'experts (UNCTAD, 1998). Ce thème écrase littéralement les discussions et réflexions sur les enjeux de l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) et de la libéralisation commerciale dans le domaine de la santé⁵⁵. Cette prépondérance repose sur l'idée que l'orientation à l'exportation pourrait provoquer une diversion de ressources, aux dépens des objectifs de santé publique, par le transfert des ressources médicales du traitement des patients nationaux vers celui des étrangers et la constitution d'un système de santé « dual » favorisant un *brain drain* interne vers les établissements exportateurs. Dans cette perspective de jeu à somme nulle, on assisterait à un déplacement de ressources et d'investissements vers des soins et des pathologies choisis en fonction de leur potentiel commercial à l'exportation et déconnectés des besoins nationaux. En résumé, les partisans de cette thèse considèrent que les objectifs d'exportation et de santé publique sont antagonistes.

Bien que cet appel à la prudence soit justifié dans un domaine aussi essentiel au développement humain, la faiblesse majeure de cet argument, en l'état actuel des travaux, est qu'il ne repose sur aucune donnée concernant l'ampleur réelle de l'activité d'exportation et, *a fortiori*, sur la corrélation avec un dualisme médical. Dans le cas de la Tunisie, il est clair que le taux d'exportation élevé du secteur privé ne s'accompagne pas d'un transfert de ressources d'un secteur vers un autre. L'évolution du ratio dépenses privées/publiques dans la santé ou celui de la création d'emplois médicaux

55. Voir, par exemple, les nombreux ateliers et publications de l'OMS, parfois en commun avec l'OMC, sur les enjeux de la libéralisation du commerce des services.

dans les hôpitaux sont indépendants de l'intensité des exportations. Dans les pays où l'orientation à l'exportation du secteur santé est moins forte, il semble donc peu probable que le risque d'apparition d'un dualisme médical soit plus élevé.

Mais si l'expérience de la Tunisie montre que l'activité d'exportation n'est pas en elle-même un facteur de dualisme, exportations et dualisme médical peuvent cependant être corrélés. La causalité est alors à rechercher dans l'autre sens : l'existence d'une offre de services médicaux sophistiqués non consommables par l'essentiel de la population (qui est à la racine du dualisme médical) peut constituer un facteur d'attractivité pour des patients étrangers. Les flux de patients étrangers vers l'Afrique du Sud ou le Brésil s'expliquent en partie par une situation de ce type. Mais dans ces cas les exportations ne provoquent pas le dualisme. Au contraire, le dualisme les précède.

2.2. Les exportations de services de santé de la Jordanie

2.3.1. L'ouverture précoce du secteur de la santé

Le niveau des soins et la qualité des établissements hospitaliers en Jordanie, tout particulièrement ceux du secteur privé, sont considérés comme les meilleurs au Proche-Orient. Avec 7 195 médecins et 2 100 dentistes, la Jordanie a une densité médicale de 1 pour 700 habitants. Elle se situe dans ce domaine au premier rang parmi des pays du Sud de la Méditerranée. Ces performances médicales se traduisent au niveau de la balance des paiements par la faiblesse des « importations » de services médicaux. Il n'existe pas de données sur le financement privé des soins à l'étranger par les ménages jordaniens. Mais la prise en charge par le système d'assurance publique de soins à l'étranger n'a concerné en 2003 que 32 personnes, pour un coût de 1 million USD (Fakhouri et Okour, 2004).

En 2003, l'offre de services de santé est constituée de 97 hôpitaux, dont 51 relèvent du secteur public (ministère de la Santé, CHU et armée) et 46 du secteur privé. Le secteur hospitalier dispose de 9 543 lits, dont 3 500 dans le secteur privé. En 2003, les hôpitaux ont accueilli 630 000 patients dont 32 % ont été hospitalisés dans des cliniques privées. Le taux d'occupation moyen est de 56 % (41 % dans le privé) et la durée moyenne de séjour est de trois jours. Le taux plus faible d'occupation des cliniques privées s'explique par leur prix et le non-remboursement des soins dans le secteur privé par les assurances sociales publiques.

L'industrie pharmaceutique est également bien développée en Jordanie (produits génériques, production de médicaments sous licence). Elle assure 40 % de la consommation et 10 % des exportations jordaniennes. Ces exportations sont surtout dirigées vers le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. L'Irak est l'un des principaux marchés extérieurs de l'industrie jordanienne.

Le premier hôpital privé fut créé en 1927 et le deuxième en 1945. La Jordanie a capitalisé sur le développement précoce d'un secteur médical et hospitalier moderne pour attirer des patients de la région. Les premiers flux significatifs ont débuté dans les années 1970 et se sont consolidés ensuite.

Cette orientation exportatrice du secteur de la santé a suscité la mise en place de quelques instruments spécifiques de promotion. Un bureau du ministère de la Santé a ainsi été créé en 1998 à l'aéroport d'Amman, pour s'occuper de toute la logistique des patients étrangers. Le secrétariat pour le tourisme médical du ministère de la Santé a récemment été remplacé par une *task-force* d'une quinzaine de personnes, le *Directorate for Medical Tourism*, qui a une fonction plus stratégique. De plus, les services de santé font depuis longtemps partie des secteurs ciblés par les plans de développement nationaux et les opérations de promotion extérieure de l'économie jordanienne⁵⁶.

56. Voir, par exemple, la plaquette *Medical Care* que diffuse le *Jordan Investment Board* dans sa série *Investing in Jordan*, qui célèbre la compétence des médecins et la qualité du système de santé jordaniens.

2.3.2. Volume et nature des exportations de services de santé

Bien que l'orientation exportatrice des producteurs jordaniens de services de santé soit ancienne et leur réputation bien établie dans la région MENA, les données sur cette activité sont parcellaires et hétérogènes. En l'occurrence, cette partie repose sur l'exploitation de deux sources principales : une étude réalisée en 2004 pour le ministère jordanien du Plan et de la Coopération internationale (*Medical Tourism. Cluster Study*, Competitiveness Team, 2004) ; des données originales (et provisoires) issues d'un rapport du ministère jordanien des Finances (*Report on Health Care Tourism in Jordan*)⁵⁷.

Ces deux sources convergent sur certains aspects, mais pas de manière systématique. Les estimations des dépenses unitaires par patient, en particulier, sont discordantes. Sur ce point, nous avons retenu l'estimation la plus crédible, qui est également la plus récente. L'estimation de la valeur des exportations de services de santé la plus couramment diffusée à Amman est construite sur l'hypothèse d'une dépense moyenne par patient étranger de 5 500 USD, qui est proposée par l'étude de Competitiveness Team. On obtient alors des recettes d'exportation qui devraient atteindre 1 milliard USD en 2005, après 620 millions USD en 2001 ; elles seraient alors équivalentes aux deux tiers des recettes touristiques de la Jordanie ! « *Medical tourism in Jordan contributed significantly to Jordan economy reaching one billion US dollars return (...)* », écrivent ainsi Fakhouri et Okour (2004) dans leur récent rapport sur ce sujet pour l'OMS. Nous n'avons pas retenu ces chiffres car ils ne peuvent pas être exacts⁵⁸. A la lumière de ces imperfections, et lorsque des informations complémentaires le

57. Nous remercions Firas Raad, économiste de la Santé à la Banque mondiale, qui a préparé ces données pour nous.

58. Ce sont également les chiffres que nous ont transmis deux hauts fonctionnaires du ministère de la Santé en charge des affaires économiques, lors d'interviews à Amman en décembre 2004. Or, d'après le FMI, le total des exportations de services de la Jordanie était de 1 479 millions USD en 2001. Les services de santé représenteraient alors 42 % des exportations totales de services ! Si on déduit de ce total les postes renseignés dans la balance des paiements, alors les services de santé représenteraient 89 % des exportations de services hors « transport » et « business services » !

permettaient, nous avons corrigé les données initiales dans le sens d'un plus grand réalisme⁵⁹.

Tableau 21.
Estimation du nombre de patients étrangers en Jordanie

Nationalités	1998	Structure 1998	1999	2000	2001	2002 (3/4)
Arabie saoudite	23 159	28 %	21 314	13 151	17 119	20 534
Yémen	20 599	25 %	20 599	15 211	14 679	14 741
Palestine	9 802	12 %	10 318	11 433	11 433	8 575
Libye	8 960	11 %	9 431	19 841	16 498	12 221
Syrie	6 432	8 %	5 590	4 761	5 775	5 898
Autres pays arabes	11 729	14 %	12 239	11 515	13 211	10 738
Total pays arabes	80 681	98 %	79 491	75 912	79 215	72 707
Européens	225	0,3 %	237	249	262	197
Autres	642	0,8 %	646	626	610	482
Total étrangers	81 548	100 %	80 374	76 787	80 087	73 386

Source : Ministry of Finance, Report on Health Care Tourism in Jordan, version provisoire 2004.

Le nombre de patients étrangers en Jordanie apparaît stable depuis 1998. Cette tendance est probablement exacte puisque ces statistiques sont construites à partir d'une large enquête menée en 1999 sur les motifs de séjour des étrangers en Jordanie et à partir de la répartition par nationalité des entrées dans le pays pour les années suivantes. Les estimations post-1998 sont donc fondées sur les flux d'entrée réels.

83

Les patients issus des pays voisins représentent plus de la moitié des étrangers soignés en Jordanie⁶⁰. Si cette dimension de voisinage est élargie au-delà des pays frontaliers à un deuxième cercle comprenant le Yémen et la Libye, on atteint une part de 87 %. Le principe de voisinage s'applique donc aux exportations de services de santé de la Jordanie, dans des proportions similaires au cas tunisien. La Jordanie se différencie

59. Ces modifications, et les hypothèses correspondantes, sont systématiquement précisées.

60. Parmi les « autres pays arabes », l'Irak représente 3 % des patients. Le nombre de patients égyptiens n'est pas précisé.

par le plus long rayon de ce périmètre de voisinage, qui est probablement dû aux effets d'expérience et à la notoriété accumulés en raison du démarrage précoce de cette activité. Cet « élargissement » du marché de voisinage s'appuie également sur la position géographique centrale de la Jordanie au Moyen-Orient et sur la fréquence des liaisons aériennes. Les liaisons aériennes de la Jordanie vers le Yémen et la Libye sont par exemple deux à trois fois plus nombreuses que celles reliant ces pays et le Liban, principal concurrent de la Jordanie sur le marché régional du Moyen-Orient. Le très faible nombre de patients issus de pays non arabes (2 %) souligne la dimension exclusivement régionale des exportations jordaniennes.

Les déterminants de la demande extérieure sont assez similaires à ceux observés en Tunisie. A l'exception du Yémen où, avec 22 médecins pour 100 000 habitants l'encadrement médical est particulièrement maigre, les pays voisins de la Jordanie se caractérisent par une relative abondance en médecins (138 médecins pour 100 000 habitants en Arabie saoudite, 139 en Syrie et 129 en Libye)⁶¹. Ce sont donc des différences de qualité des services qui expliquent la compétitivité du système de santé jordaniens. La compétence des médecins jordaniens est d'ailleurs évoquée par 40 % des patients arabes comme la première raison de leur choix de ce pays (Competitiveness Team, 2004). Comme en Tunisie, les protocoles médicaux jouent un rôle important dans l'orientation des patients. Désormais, la plupart des grands établissements privés jordaniens disposent de conventions de prise en charge avec des organismes publics ou privés des pays d'origine des patients. Ce canal concernerait 40 % des patients étrangers en Jordanie. Ce ratio est élevé, mais il implique néanmoins que la majorité des patients étrangers financent eux-mêmes le coût de leur traitement médical en Jordanie.

Les étrangers ne viennent pas se faire soigner en Jordanie pour des pathologies spécifiques ou pour utiliser des services particuliers comme la chirurgie esthétique. La

61. Source : OMS, 2004. Rappel : cette densité est de 70 en Tunisie, 204 en Jordanie et 329 en France.

demande étrangère n'est pas ciblée et elle sollicite l'ensemble des compétences médicales du pays. Les statistiques du ministère de la Santé montrent aussi que l'exportation de soins concerne un large éventail de pathologies : cardiologie (14 %), neurologie (12 %), rhumatologie (12 %), ophtalmologie (8 %), gynécologie (8 %), tumeurs (6 %), *check up* (6 %) ... La chirurgie esthétique ne constitue pas un axe de développement, ni sur le marché intérieur, ni pour les consommateurs étrangers. Le nombre de spécialistes jordaniens ne dépasse pas la trentaine et seules 2 000 opérations auraient été pratiquées en 2001, dont un quart pour des patients étrangers. En 2003, le nombre d'opérations pratiquées en Jordanie est tombé à 1 500⁶².

Tableau 22.
Estimation des exportations de services de santé de la Jordanie

Nationalités / millions JD	1998	Structure 1998	1999	2000	2001	2002 (3/4)
Arabie saoudite	12,5	8 %	11,5	7,1	9,2	11,1
Yémen	35,6	34 %	35,6	26,3	25,3	25,4
Palestine	9,4	9 %	9,9	10,4	10,9	8,2
Libye	16,3	15 %	17,2	36,1	30	22,2
Syrie	7,9	8 %	6,8	5,8	7,1	7,2
Irak	5,4	5 %	5,8	5,2	6,4	4,8
Autres pays arabes	14,5	14 %	14,8	15,4	17	13,6
Total pays arabes	101,6	97 %	101,6	106,3	105,9	92,5
Européens	0,3	0,3 %	0,4	0,4	0,4	0,3
États-Unis + Canada	1,1	1 %	1,1	1,1	0,7	0,5
Autres	1,8	1,7 %	1,8	1,8	1,9	1,5
Total	104,8	100 %	104,9	109,6	108,9	94,8
(en millions USD)	(147,6)		(147,7)	(154,4)	(153,4)	(133,5)

Taux de change stable depuis 1995 : 1 USD = 0,71 JD.

Source : Ministry of Finance, Report on Health Care Tourism in Jordan, version provisoire 2004.

La structure des dépenses de santé par nationalité se caractérise par la prédominance des pays arabes, et en particulier celle des pays frontaliers et du deuxième cercle (Yémen, Libye). Ces derniers assurent à eux seuls 79 % des recettes d'exportation (Égypte non comprise). Mais les niveaux de dépenses diffèrent suivant

62. Source : ISAPS.

le pays d'origine. Le Yémen représente un tiers du débouché total des exportations des services de santé, alors qu'il ne fournit que le quart des patients étrangers. Les patients libyens se distinguent également par un niveau de dépenses supérieur à la moyenne des patients étrangers (15 % des dépenses et 11 % du nombre de patients). L'Arabie saoudite est dans la situation inverse, avec une part des dépenses (8 %) très inférieure à celle des patients (28 %). On observe une relation presque linéaire entre la distance et la dépense *per capita* : les Saoudiens, proches, dépensent en moyenne deux fois moins que les Palestiniens ou les Syriens, trois fois moins que les Libyens, et quatre fois moins que les « lointains » Yéménites. Cette relation s'explique sans doute par le coût fixe du déplacement : lorsqu'il est faible, comme dans le cas des pays frontaliers, le patient peut accepter de se déplacer pour des soins brefs et peu coûteux ; lorsqu'il est élevé (Yémen, Libye), cet investissement doit être justifié par le traitement d'une pathologie plus grave, donc plus coûteuse. Au-delà d'un certain seuil, le coût du déplacement devient dissuasif.

L'impact de la distance sur la consommation de services de santé à l'étranger incite à effectuer une comparaison avec la Tunisie « à degré d'éloignement de la demande » similaire :

86

- en Jordanie, la consommation individuelle des patients des pays frontaliers (Arabie saoudite, Palestine, Syrie) représente en moyenne 757 JD *per capita* en 2002, soit environ 1 066 USD. Ce montant individuel est inférieur à celui de la consommation de services de santé des patients libyens (frontaliers) en Tunisie qui a été estimée à 1 313 USD en 2003 ;
- pour l'ensemble des exportations de services de santé, la valeur *per capita* en Tunisie (1 310 USD) apparaît en revanche inférieure de 27 % à celle de la Jordanie (1 819 USD)⁶³.

63. Résultat à interpréter avec prudence en raison des différences de méthode dans la construction des données.

Les exportations de services de santé représentent 23 % de la demande totale adressée aux producteurs jordaniens de services de santé⁶⁴ (base 1998). Ce ratio n'est pas directement comparable à l'estimation obtenue pour la Tunisie (6,7 % de la valeur ajoutée en 2003), car les importations intermédiaires ne sont pas déduites et les dénominateurs ne sont pas homogènes. Il s'agit néanmoins d'un niveau très élevé. Il est supérieur à la part estimée des étrangers dans le nombre total d'hospitalisations : 15 % en 1998 et 16 % en 2002.

La contribution de la santé aux exportations de services apparaît également plus élevée en Jordanie à 8,1 % (base 1998) qu'en Tunisie où, à périmètre comparable, les services de santé représentent 1,9 % du total des exportations de services. Le niveau atteint en Jordanie est d'autant plus impressionnant qu'il ne prend en compte que la fourniture de services médicaux, sans les services d'hébergement induits. Dans le cas de la Jordanie, ces recettes induites ont un impact plus élevé car, d'une part, le nombre de touristes est plus faible qu'en Tunisie et, d'autre part, les enquêtes montrent

Tableau 23.
Les exportations de services de santé parmi les dépenses des touristes en Jordanie⁶⁵

Services / millions JD	1998	1999	2000	2001	2002 (3/4)
Services de santé	119,8	122,3	127,7	128,4	109,6
Hébergement	65,3	67,1	61	59	52,1
Alimentation, boisson	102	104,9	95,3	92,3	81,4
Études	14,8	15,2	13,8	13,4	11,8
Transport	51,8	53,0	48,2	46,6	41,2
Entertainment	37,8	38,9	35,4	34,2	30,2
Shopping	102,6	105,5	95,8	92,8	81,9
Autres	54,6	57,1	35,2	29,4	29,7
Recettes totales	548,5	564	512,4	496,1	437,9

Source : Ministry of Finance, *Report on Health Care Tourism in Jordan*, version provisoire 2004.

64. La dépense nationale de santé était estimée à 453 MJD en 1998 (*supra*).

65. Les montants sont ici supérieurs à ceux du tableau 22 car les statistiques du ministère des Finances incluent dans les exportations des services fournis à des Jordaniens. Cette catégorie est exclue dans les tableaux 21 et 22, mais pas dans celui-ci, pour des raisons d'homogénéité des données.

que les patients étrangers sont en moyenne accompagnés de deux personnes. Si on retient une hypothèse de dépenses de séjour induites équivalentes au coût des services médicaux, les recettes en devises directes et indirectes engendrées par l'exportation de services de santé atteignent alors environ 16 % de l'ensemble des exportations de services de la Jordanie⁶⁶. Dans tous les cas, ce secteur pèse lourd dans l'activité touristique du pays. Une autre manière d'apprécier ce poids est de comparer les services de santé aux autres catégories de dépenses touristiques (tableau 23).

Conclusion

Les recettes en devises générées par le traitement de patients étrangers en Tunisie représentent 107 millions USD en 2003, dont 55 millions USD d'exportation de services médicaux. Cette activité contribue ainsi pour près d'un quart au chiffre d'affaires des cliniques privées du pays. Les exportations de services de santé et induits dépassent celles du transport de fret et sont près de cinq fois supérieures à celles des services informatiques et d'information. Elles représentent 3,7 % des exportations totales de services du pays et contribuent à hauteur de 7 % au solde commercial des services, en raison de leur faible contenu en importations. L'emploi concerné est estimé à près de 10 500 personnes, dont 5 000 personnels médicaux et para-médicaux. En Jordanie, l'analyse des données disponibles indique que le secteur de la santé exporte environ 160 millions USD de services de soins par an, services de séjour induits non inclus, ce qui représente 8,1 % des exportations de services du pays.

Dans les deux cas étudiés, il s'agit d'un commerce Sud-Sud. La part des pays proches dans le total des patients étrangers représente 84 % en Tunisie et 87 % en Jordanie. La clientèle des pays du Nord est marginale et les exportations de services

66. Un sondage effectué auprès de 130 touristes étrangers, dans les établissement de cure thermale, indique que la dépense moyenne est de 140 € par jour (Harahsheh, 2002).

de santé semblent obéir à un principe de voisinage. Cela s'explique par l'augmentation du coût de déplacement avec la distance et, surtout, par l'élargissement des choix de prestations au-delà d'un périmètre de proximité. L'exportation de services de santé semble donc reposer sur l'existence d'un avantage comparatif régional.

L'avantage de coût considérable de la Tunisie sur la France et l'Europe ne se traduit pas par le développement d'un commerce international entre ces deux zones. Il existe donc des barrières puissantes aux échanges dans le secteur des services de santé. La non-portabilité des assurances maladies constitue la principale barrière au commerce car elle dissuade de manière absolue le déplacement à l'étranger des patients. Trois conséquences découlent de cette situation :

- en premier lieu, les perspectives de décollage des exportations de soins aux patients européens s'inscrivent dans un horizon de long terme et dépendent des futures réformes institutionnelles des systèmes de financement de la santé en Europe, et notamment en France. L'effort de mise à niveau et la mobilisation sur le thème des exportations de services de santé actuellement en cours en Tunisie ne devraient donc pas avoir d'impact à court/moyen termes sur les exportations vers l'Europe⁶⁷. En revanche, l'amélioration de l'offre bénéficiera aux patients tunisiens ;
- ensuite, le seul potentiel de développement des exportations vers l'Europe concerne les soins non pris en charge par les systèmes d'assurance maladie et, parmi eux, surtout ceux qui peuvent se positionner de manière commerciale. Il s'agit essentiellement de la chirurgie esthétique, pour laquelle la Tunisie apparaît effectivement compétitive, sans que pour autant ces exportations soient importantes ;

67. L'ensemble du secteur semble en effet se préparer à un décollage des exportations vers l'Europe : un programme d'accréditation des cliniques en coopération avec l'ANAES, qui reconnaîtra le label de l'organisme tunisien, et de diffusion des normes ISO est lancé ; le syndicat des cliniques a obtenu que le programme Famex II prenne en charge 70 % des dépenses de promotion commerciale, quand celles-ci sont réalisées par un groupe d'entreprises ; un film et des brochures de promotion étaient préparés pour le salon des exportations de services (décembre 2004) ; les articles et publicités se multiplient dans la presse économique...

- enfin, la combinaison d'une forte différence internationale de coûts et de barrières aux échanges représente la situation idéale pour attirer des investissements étrangers, de forme traditionnelle ou non.

Le commerce international de services de santé

3

Actuellement, le commerce international de services de santé est décomposé en quatre modes, qui constituent les quatre façons d'échanger des services définies dans le cadre de l'AGCS⁶⁸ :

- les « fournitures transfrontières », ou mode 1 dans la terminologie de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), qui correspond à la fourniture de services d'un pays à un autre ;
- la « consommation de services à l'étranger », ou mode 2, qui porte sur l'utilisation d'un service par des consommateurs ou entreprises dans un autre pays ;
- la « présence commerciale », ou mode 3, qui concerne l'établissement de filiales ou de succursales par une entreprise étrangère en vue de la fourniture de services dans un autre pays ;
- la « présence de personnes physiques », ou mode 4, qui concerne le déplacement de particuliers quittant leur pays pour fournir des services dans un autre.

91

Jusqu'à récemment, la fourniture transfrontière de services de santé (mode 1) n'était pas réalisable. Les progrès des NTIC ont permis l'émergence d'un nouveau type de services de santé, la télémédecine, qui est susceptible d'échanges internationaux. La direction de ce commerce est cependant celle de l'exportation de services du Nord, qui dispose de compétences hautement spécialisées, vers les pays du Sud. Ces

68. Voir par exemple Gobrecht, 2004 ; UNCTAD, 1998.

techniques ouvrent des possibilités d'accroissement de la division internationale du travail dans les traitements médicaux et donc, en théorie, des opportunités pour les PED d'entrer sur de nouveaux segments d'activité en complétant leurs ressources médicales avec certaines compétences spécifiques de pays plus avancés⁶⁹. Bien que la télémédecine puisse à l'avenir permettre de développer le commerce croisé de santé, elle représente un enjeu commercial négligeable actuellement⁷⁰. Il ne s'agit encore que d'un marché de niche, pour un très petit nombre d'établissements de soins et de fournisseurs de matériel à l'échelle mondiale.

De même le mode 3, qui consiste à investir dans des structures de soins à l'étranger, représente un mode de fourniture envisageable pour les entreprises des pays avancés. Le potentiel de développement pour les PED semble limité⁷¹. Par ailleurs, l'installation d'entreprises étrangères dans le secteur de la santé est souvent interdite ou soumise à des contraintes très restrictives.

Le mouvement de professionnels de santé (mode 4 de l'AGCS) constitue en revanche une modalité majeure de transferts internationaux de services de santé dans le sens Sud-Nord. Mais cette forme de commerce relève d'une problématique de migration de main-d'œuvre et ne participe pas au développement d'un secteur productif sur le territoire national. Il s'agit d'une forme de commerce paradoxale puisqu'elle n'a pas pour contrepartie une entrée directe de devises⁷² ! De plus, ces mouvements se

69. Comme le soulignait Hirschman (1958), l'une des vertus majeures des importations est de rendre productives des ressources locales, en complétant les fonctions de production par des compétences indisponibles localement.

70. La télémédecine permet de capitaliser sur le différentiel de fuseaux horaires en envoyant le soir des États-Unis des radiographies qui sont analysées à l'étranger (en Inde mais aussi au Liban).

71. Sur les IDE dans le secteur de la santé, voir le récent *survey* de Smith (2004), qui est aussi exhaustif que non concluant. On constate néanmoins l'apparition de « multinationales » des services hospitaliers dont certaines émanent de pays asiatiques, comme Singapour et la Thaïlande.

72. Les effets d'entraînement de ce « commerce » sur l'économie sont incertains. Les éventuelles remises des travailleurs médicaux à l'étranger ont un effet positif sur le revenu national mais pas sur la production ou la productivité, à moins qu'elles ne soient converties en investissements.

traduisent en premier lieu par une fuite de compétences (*brain drain*) dans les PED concernés qui affaiblit le secteur national de la santé.

Pour ces différentes raisons, l'analyse est centrée ici sur le commerce de services de santé entendu dans un sens strict comme la fourniture de soins sur le territoire national à des patients étrangers, ce qui correspond au mode 2 de la typologie de l'OMC. En effet, c'est d'abord sous cette forme que le commerce des services de santé peut représenter un potentiel de développement.

La multiplication des séminaires, articles grand public et spécialisés, colloques, créations de comités d'experts et de groupes de travail internationaux consacrés à l'internationalisation des services de santé depuis la fin des années 1990 est impressionnante. Elle incite à conclure que la fourniture de soins à des patients étrangers devient une activité en forte expansion. Pourtant, ce phénomène n'en est peut être qu'à ses débuts et ses contours réels sont flous. Il est particulièrement difficile à quantifier car 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 fiables⁷³. Comme le note un observateur : « *Perhaps due to the rapid developments in this area, most of the literature is speculative, polarized between those arguing for the benefits of liberalization and those arguing against.* »⁷⁴. Une première difficulté objective de la recherche dans ce domaine provient du fait que ces flux sont délicats à apprécier. Ils se soumettent mal aux instruments de mesure

73. Il est assez surprenant de constater, par exemple, que les deux ouvrages de référence sur le sujet, celui publié conjointement par la CNUCED et l'OMS en 1998 (UNCTAD, 1998) et celui publié par l'Organisation pan-américaine de la santé et l'OMS en 2002 (Drager et Vieira, 2002), qui regroupe les contributions d'une cinquantaine d'experts internationaux, ne contiennent aucune estimation et très peu de données sur ces flux commerciaux ! La série d'études pays actuellement en cours dans les pays arabes et mise en œuvre par le bureau du Caire de l'OMS (WHO-EMRO) ne semble pas non plus comporter d'estimation des flux concernés.

74. Smith, 2004.

disponibles et peu de données sont comparables. Une seconde difficulté, plus institutionnelle, provient de la distance et du manque de dialogue entre les administrations chargées de la santé et celles responsables de l'économie et du commerce dans la plupart des pays, qui se traduit par l'absence de construction de données au niveau national.

Le résultat de cette situation est une large ignorance de l'ampleur réelle des flux mondiaux d'exportation de services de santé et des enjeux de ce type d'exportations pour les PED. Personne n'est à l'heure actuelle capable d'apporter de réponse fondée sur des éléments concrets aux deux questions essentielles suivantes : le commerce mondial des services de santé (mode 2) est-il important ? Cette activité constitue-t-elle réellement un secteur ou une niche d'exportation pour certains PED ?

L'examen des expériences de la Tunisie et de la Jordanie apporte des éléments de réponse à ces questions. Afin de compléter ces résultats nous adoptons maintenant une perspective plus large. Dans un premier temps, la taille, la croissance et des éléments de structure du commerce mondial des services de santé sont estimés. L'examen du marché mondial des services de santé est ensuite poursuivi par l'analyse des perspectives d'évolution de la demande.

3.1. L'offre mondiale de services de santé

3.1.1. Évaluer la taille et la croissance du marché mondial

L'ignorance de la réalité de ce commerce est telle que la première question que l'on peut se poser concerne la tendance de ces échanges : est-ce que le commerce international de services de santé augmente réellement ou attire-t-il seulement davantage l'attention des observateurs ? S'agit-il d'un phénomène qui ne concernerait que

quelques pays isolés ou d'une évolution plus globale ? Quel est le volume de ces échanges et comment se compare-t-il aux échanges de services ?

Il est particulièrement difficile de répondre de manière définitive à cette question en l'absence d'une base statistique exhaustive et sans pouvoir s'appuyer sur un nombre suffisant d'enquêtes de terrain. Au niveau international, les statistiques de la balance des paiements du FMI représentent la seule source disponible. Cette base détaille les échanges de biens et services de tous les pays membres. Les services de santé sont compris dans une sous-catégorie du poste « Voyages » de la nomenclature des services du FMI, intitulée « Dépenses de voyage 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 (Karsenty, 2001 ; Gobrecht, 2004).

L'utilisation de cette source est délicate car, d'une part, un nombre limité de pays renseigne cette ligne et d'autre part, comme nous l'avons constaté en Tunisie, les données fournies sous-estiment la réalité : les statisticiens des banques centrales ne saisissent le plus souvent que les services qui ont fait l'objet d'un règlement bancaire en indiquant explicitement qu'il s'agit du paiement d'une prestation de santé. De cette manière, ils ignorent les règlements en espèces et tous ceux qui n'indiquent pas explicitement la nature de la prestation. En résumé, l'information proposée par les statistiques du FMI est très incomplète et sous-évalue 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 santé⁷⁵. La seule tentative sérieuse, à notre connaissance, déjà menée pour apprécier ces échanges s'est appuyée sur cette source⁷⁶.

75. Les services de santé devraient également apparaître sur la ligne « services de santé » au sein du poste « Services personnels, culturels et de distraction ». Mais aucun pays ne la renseigne.

76. Voir Karsenty, 2001.

Pour tenter d'apprécier la tendance des échanges internationaux de services de santé, nous avons utilisé la base FMI en proposant une méthode pour contourner l'incomplétude de cette source statistique. Dans une première étape, nous avons mesuré l'évolution des exportations et des importations mondiales à partir des données des exportateurs et des importateurs qui renseignent en continu le poste « Dépenses de voyage relatives à la santé » au cours de la période 1997–2003. Les pays qui renseignent cette ligne de façon épisodique ont donc été écartés. Nous avons ensuite rapporté ces exportations aux recettes du poste « Voyages » ; ce ratio a finalement été appliqué aux recettes de voyage des pays qui renseignent ce poste.

Les statistiques d'exportation de services du FMI montrent que 13 pays seulement ont renseigné de manière quasi continue le poste « Dépenses de voyage relatives à la santé » au cours de la période 1997-2003. Les statistiques d'importations sont renseignées de façon systématique par 18 pays. C'est sur la base de ces deux échantillons que sont construites deux séries d'indices de croissance : la première concerne les exportations (tableau 24) et la seconde les importations (tableau 25). Ces deux échantillons de pays ont une taille limitée qui conduit à ne considérer les résultats obtenus que comme une indication des rythmes de croissance : ils informent sur la tendance des flux. Toutefois, si le nombre de pays est faible, la proportion des échanges qu'ils représentent est élevée et cela confère à cette information une solidité appréciable. Dans le tableau 24 par exemple, l'échantillon représente 84 % du total des exportations déclarées de services de santé et 24 % du total des exportations estimées. L'information construite ici et la tendance qu'elle révèle se fondent donc sur la prise en compte d'une partie importante du commerce réel. Les tableaux 24 et 25 confirment clairement l'augmentation très rapide du commerce international des services de santé au cours de la période examinée. Ils font en effet apparaître un doublement des exportations de santé et une évolution assez proche des importations de santé entre 1997 et 2003 ; une concordance qui rassure sur la méthode d'estimation retenue.

Tableau 24.
Indicateurs de la croissance des exportations mondiales de services de santé
(USD courants)

Indices (13 pays)	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Exportations services de santé Monde	100	110	118	127	143	176	201
Exportations services de voyage Monde	100	100	105	114	106	106	110
Exportations services de santé Sud	100	119	98	88	123	179	178
Exportations services de santé Nord	100	109	120	132	146	176	204

Source : Déclarations au FMI.

Tableau 25.
Indicateurs de la croissance des importations mondiales de services de santé
(USD courants)

Indices (18 pays)	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Importations services de santé Monde	100	139	124	132	142	180
Importations services de voyage Monde	100	102	97	101	99	106
Importations services de santé Sud	100	98	123	121	159	147
Importations services de santé Nord	100	158	124	135	135	195

Source : Déclarations au FMI.

Les exportations de services de santé de l'échantillon progressent beaucoup plus rapidement (dix fois plus) que les recettes du poste « Voyages » et plus rapidement (cinq fois plus) que les exportations de services. Mesurées en dollars courants, les exportations mondiales de services de santé ont doublé entre 1997 et 2003, alors que la progression des exportations de services de voyage est de l'ordre de 10 % et celle du commerce total de services de 20 %. Au sein de l'échantillon, la progression des exportations des pays du Sud (+ 78 %) est moins forte que celle des pays du Nord (+ 104 %).

L'évolution des importations de services de santé, appréciée à partir d'un échantillon comportant des pays différents, confirme ces tendances et leur rythme. Les importations ont augmenté de 80 % entre 1997 et 2002, soit beaucoup plus rapidement que les

dépenses de voyage. Les importations des pays du Nord ont augmenté plus rapidement que celles du Sud – ce qui confirme la tendance observée au niveau des exportations – mais la croissance des importations des pays du Sud est plus lente que celle de leurs exportations (ce qui peut traduire une plus grande performance des services de santé du Sud qui permettent tout à la fois une substitution aux importations et une exportation, comme dans le cas de la Tunisie).

Pour évaluer la valeur du commerce mondial de services de santé, Karsenty (2001) s'est appuyé sur l'estimation de la contribution des exportations de services de santé aux exportations de services de voyage. Comme l'illustrent les régressions (graphique 17 et suivants), cela constitue une bonne méthode d'évaluation dans l'état actuel des données disponibles. Par ailleurs, il semble préférable de s'appuyer sur les données d'exportation, car elles sont mieux renseignées que les importations. Mais, comme le montrent les évolutions des indices d'exportation de services de santé et de services de voyage, le ratio qui lie les premières aux secondes n'est pas fixe. Il augmente au rythme du différentiel de croissance de ces deux catégories de services. Pour évaluer de manière satisfaisante la taille du commerce mondial et son évolution, nous avons donc calculé ce coefficient pour chaque année, à partir de l'échantillon de pays qui fournissent une information continue sur leurs exportations (tableau 26). Le ratio a pratiquement doublé, de 1,2 % à 2,2 % sur la période, ce qui traduit la plus forte dynamique des exportations de services de santé.

98

Tableau 26.
La part des services de santé dans les exportations de services de voyage (%)

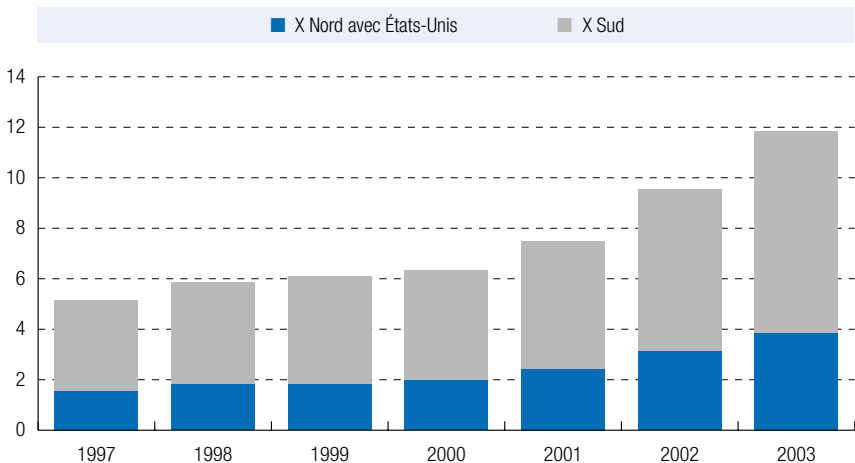
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Monde	1,2	1,3	1,3%	1,3	1,6	2,0	2,2
Sud	1,1	1,2	1,0	0,8	1,1	1,5	1,3
Nord sans États-Unis	0,9	1,0	0,8	0,8	0,8	1,5	1,9
États-Unis	1,3	1,4	1,5	1,5	1,9	2,2	2,5

Source : Déclarations au FMI (13 pays).

Le coefficient moyen (« Monde »), qui synthétise le plus grand nombre d'informations⁷⁷, est appliqué aux exportations de services de voyage pour tous les pays dans la base du FMI (139 pays), à l'exception des États-Unis pour lesquels la valeur des exportations de services de santé est systématiquement fournie et n'a donc pas lieu d'être évaluée. On obtient ainsi, pour chaque année, les exportations mondiales, les exportations des pays du Sud et les exportations des pays du Nord⁷⁸ de services de santé⁷⁹ (graphique 16).

D'après cette évaluation, le commerce mondial de services de santé atteint 11,8 milliards USD en 2003. La part de cette activité dans les échanges mondiaux de

Graphique 16.
Estimation des exportations (X) mondiales de services de santé
(en milliards de dollars courants)



Sources : FMI et estimations de l'auteur.

77. Le choix de cette série de coefficients est également justifié car on se trouve dans un univers statistique sous-estimé, dans lequel il est préférable de choisir l'hypothèse haute plutôt que la basse.

78. « Nord » agrège ici : UE à 15 + Suisse + États-Unis + Canada + Nouvelle-Zélande + Australie + Japon + Singapour.

79. Les données utilisées sont construites dans chaque pays normalement sur la base des déclarations à la banque centrale. En conséquence, il est beaucoup plus probable que l'évaluation construite à partir de ces données sous-estime les montants réels, plutôt que l'inverse.

services est passée de 0,38 % en 1997 à 0,73 % en 2003. Le total de ces exportations représentait 5,1 milliards USD en 1997, 6,1 milliards en 1999 et 7,5 milliards en 2001⁸⁰. On observe donc une accélération depuis 2001 : les exportations mondiales augmentent de 23 % par an entre 2000 et 2003, et de 7 % par an entre 1997 et 2000.

En 2003, les pays du Sud réalisent un tiers des exportations, qui leur apportent des recettes de 3,9 milliards USD. Leur part dans le commerce total est stable sur la période : 30,3 % en 1997, 32,6 % en 2003. Les États-Unis occupent une place prépondérante dans ce secteur, puisqu'ils assurent à eux seuls 27 % des exportations des pays du Nord en 2003 (tableau 27). Si l'on isole le cas exceptionnel des États-Unis, les exportations des pays du Sud en 2003 représentent alors 66 % de celles des autres pays du Nord.

3.1.2. Les exportateurs de services de santé : une vision d'ensemble

Le tableau 27 est construit à partir des données déclarées au FMI. Seuls les pays dont les exportations (déclarées) de services de santé dépassent 5 millions USD en 2003 sont retenus.

100

Ces données confirment la place des États-Unis comme premier exportateur et apportent, en outre, deux types d'informations inattendues à propos des exportateurs. Tout d'abord, elles font apparaître une très grande diversité. En effet, parmi ces pays on trouve des pays avancés mais également des PED et des pays à revenu intermédiaire comme les pays d'Europe centrale et la Turquie. Ensuite, et de façon paradoxale, le tableau ne fait pas apparaître les pays qui affichent et mettent en œuvre une stratégie de développement des exportations de services de santé, comme l'Afrique du Sud, la Jordanie, la Thaïlande ou l'Inde ; ces pays ne renseignent pas la

80. Karsenty (2001) obtient une estimation, à 6,5 milliards USD, assez proche de la nôtre pour 1999.

Tableau 27.
Principaux exportateurs de services de santé (déclarés)

Exportations de services de santé 2003	Millions USD	Solde commercial du secteur	Part des exportations mondiales (%)	En % des exportations de services de voyage	En % du PIB
États-Unis	2 140	nd	18	2,55	0,02
Belgique	345	159	3	4,25	0,11
Italie	179	102	1,5	0,57	0,01
Mexique	172	116	1,5	1,82	0,03
Turquie	169	124	1,5	1,28	0,09
Rép. tchèque	118	91	1	3,30	0,13
Croatie	76	61	0,6	1,20	0,27
Canada	75	- 260	0,6	0,71	0,09
Grèce	61,5	- 109	0,5	0,6	0,04
Slovénie	13	0,3	0,1	0,9	0,05
Honduras	10,3	nd	0,09	3,0	0,15
Brésil	7,5	1,6	0,06	0,30	0,002
Nouvelle-Zélande	6,4	nd	0,05	0,2	0,01
Albanie	5,3	-0,1	0,04	1,0	0,04

Sources : FMI et estimations de l'auteur.

base FMI⁸¹. Ces deux points confirment que les exportations de services de santé ne sont pas une activité spécifique à certains groupes de pays ou à certaines régions du globe mais constituent, au contraire, un phénomène assez largement diffusé.

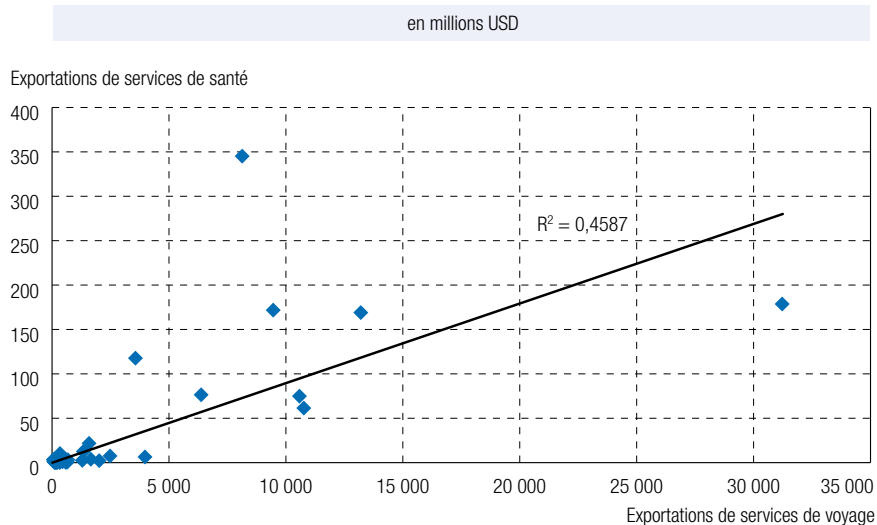
101

Existe-t-il des points communs parmi ces pays exportateurs ? Pour apporter des éléments de réponse à cette question, nous avons régressé les exportations de santé en fonction des exportations de voyage mais également d'indicateurs spécifiques à la santé.

Dans ces recherches de corrélation, nous avons éliminé les États-Unis de l'échantillon, en raison de la prépondérance de ce pays dans les flux déclarés. Le graphique 17 et ceux qui suivent s'appuient donc sur un échantillon restreint de 34 pays, pour lesquels les données sont déclarées en 2003.

81. L'Asie est particulièrement absente de cette base statistique.

Graphique 17.
Exportations de services de santé et de services de voyage (2003)



Source : FMI

La relation entre les exportations de services de santé et de services de voyage, qui apparaît ici sur le graphique 17, montre l'intérêt de s'appuyer sur cette variable pour estimer les exportations mondiales de services de santé, à défaut d'informations suffisantes sur cette activité. Une analyse statistique plus complète de cette relation serait nécessaire pour confirmer la corrélation affichée ici⁸². Mais la relation entre ces deux variables est bien meilleure que les relations entre les exportations de services de santé et d'autres grandeurs potentiellement explicatives.

102

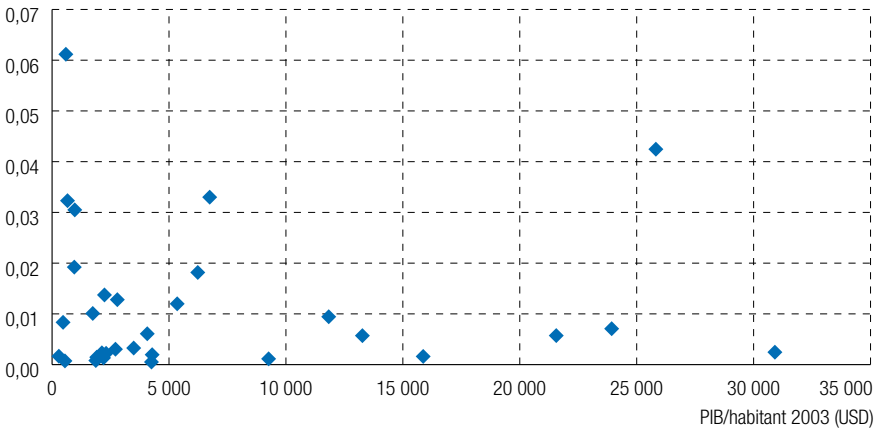
En effet, dans la recherche des déterminants des exportations de services de santé, une hypothèse raisonnable est d'envisager que ce commerce est positivement lié au niveau de revenu par habitant, puisque les performances et la sophistication d'un système de santé augmentent *a priori* avec la richesse du pays. De même, le poids

82. L'explication des écarts résiduels, en particulier, reste à faire.

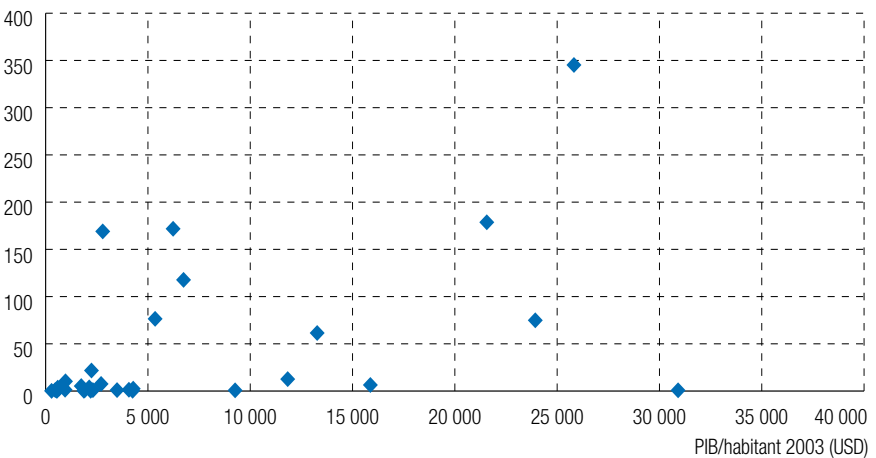
des services de santé dans les recettes touristiques (poste « Voyages ») devrait augmenter avec le niveau de vie du pays, puisqu'il s'agit d'un type de service à plus forte valeur ajoutée. Or, la relation entre ces deux catégories d'indicateurs est très décevante. En terme relatif, on n'observe aucune corrélation entre le ratio exportations

Graphiques 18 19.
Exportations de services de santé et PIB/habitant (2003)

Exportations de services de santé / voyage



Exportations de services de santé / voyage

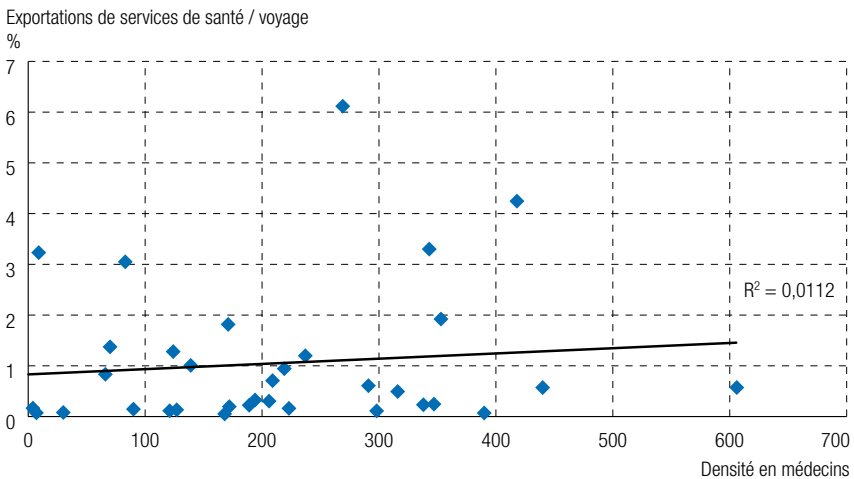


Source : A partir des données FMI et Banque mondiale.

de services de santé / voyage et le PIB/habitant. De plus, la relation entre le volume des exportations de services de santé et le revenu par habitant est faible ($R^2 = 0,25$). Autrement dit, l'exportation dans ce domaine ne constitue pas un domaine réservé aux pays riches. Les PED n'en sont pas exclus par leurs plus faibles ressources financières. D'après les données du FMI, il n'existe même pas de relation solide entre le revenu total d'un pays et le volume de ses exportations de services de santé ($R^2 = 0,28$).

Dans une perspective à la Hecksher-Ohlin, on peut examiner la relation entre exportations de services de santé et « abondance » en ressources médicales, appréciée par la densité médicale (nombre de médecins pour 100 000 habitants). Or, l'absence de corrélation entre l'intensité des exportations et la densité en médecins souligne que ce n'est pas la quantité de ressources médicales qui importe (graphique 20)⁸³. On retrouve

Graphique 20.
Exportations de services de santé et densité en médecins (2003)



104

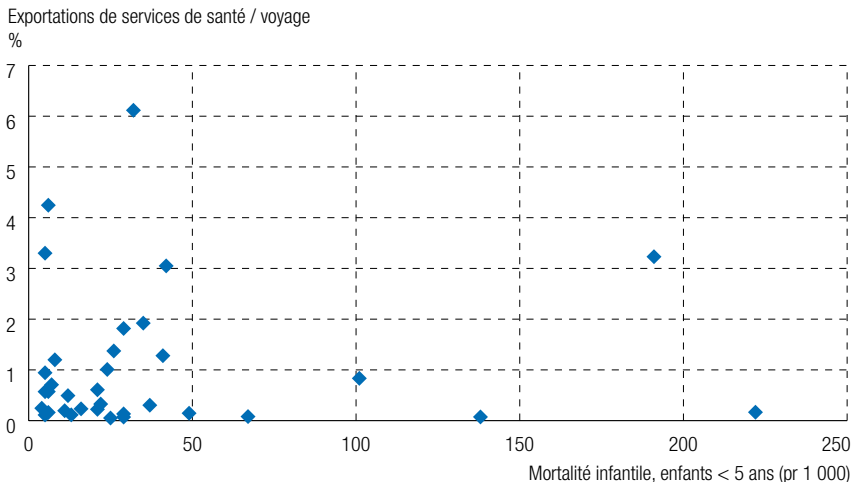
Sources : FMI et OMS.

83. Ce résultat rappelle également, et une fois de plus, l'incapacité de la théorie factorielle de l'échange international à expliquer autre chose que les plus grossières évidences.

ici à une échelle plus large le paradoxe constaté dans le cas de la Libye. La substitution aux importations et l'exportation dépendent de la qualité du secteur de la santé, qui est de nature systémique et ne se mesure pas exclusivement au nombre de médecins présents dans le pays.

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*). Une autre manière d'appréhender cette dimension qualitative 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, les enfants et les personnes âgées. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans constitue alors un indicateur simple, à défaut d'indicateurs multicritères satisfaisants. Or, l'intensité des exportations n'est pas corrélée à la performance dans ce domaine ($R^2 = 0,0012$). Le croisement de ces deux variables montre néanmoins de façon claire l'existence d'un effet de seuil : en deçà d'un certain niveau de performance,

Graphique 21.
Exportations de services de santé et mortalité infantile (2003)



Sources : FMI et Banque mondiale.

qui se situe autour de 30-40 pour 1 000 ici, il n'y a pas d'exportation. Un niveau minimum de qualité du système de santé apparaît donc comme une condition nécessaire à l'exportation de services de santé.

3.1.3. A propos des déterminants des exportations de services de santé dans les PED

Les données disponibles demeurent trop fragiles et hétérogènes pour permettre de valider les déterminants des exportations de services de santé par un traitement économétrique (voir les profils d'autres exportateurs de services de santé du Sud en annexe). Cependant, l'examen des expériences de différents pays et des contours de l'offre mondiale fait ressortir un certain nombre de caractéristiques, qui constituent les variables explicatives potentielles d'une équation de la compétitivité internationale des services de santé dans les pays du Sud :

- (a) 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 deçà duquel il n'y a pas d'exportation. Ce seuil peut être apprécié par les indicateurs standard de santé publique. Il n'est pas lié de manière systématique à la quantité de ressources médicales disponibles dans le pays ;
- (b) les observations montrent que l'exportation de services de santé s'inscrit dans une dimension régionale et obéit à un « principe de voisinage ». Les pays exportateurs sont ceux qui disposent d'un avantage de compétitivité (rapport qualité/coût des soins) sur leurs voisins. Cette notion de voisinage est d'abord géographique mais elle peut également avoir une dimension culturelle (la Malaisie cible par exemple des pays musulmans). Les flux de patients sont dirigés de la pénurie, ou de l'absence de qualité, vers l'abondance, même relative. L'exportation d'un pays est ainsi souvent « tirée » par les défaillances des pays voisins, au moins autant qu'elle est « poussée » par les performances propres du système de santé national.

Ainsi, dans le monde en développement, l'exportation d'un pays i vers un pays/région j serait :

- en relation croissante avec l'écart de revenu entre i et j $(\text{PIB}/h_i - \text{PIB}h_j)/\text{PIB}_i$, qui indique l'avantage de coût de i et le pouvoir d'achat des patients de j . Un indicateur de distribution du revenu en j serait probablement utile (*infra*) ;
- en relation croissante avec Pop_j , qui indique le bassin de patients régionaux potentiel. La population à revenu élevé et moyen des pays voisins serait probablement un indicateur mieux adapté que la population brute pour estimer cette demande potentielle. Les patients indonésiens qui fréquentent les hôpitaux de Singapour disposent par exemple de revenus supérieurs au revenu moyen en Indonésie (on peut par exemple pondérer Pop_j en ne retenant que la population de j qui dispose d'un revenu supérieur à celui du pays i) ;
- en relation croissante avec $(Q_i - Q_j)$, qui indique l'avantage de qualité du système de santé de i sur celui de j ; Q_i peut être appréhendé avec des indicateurs de performances médicales des cliniques, combinés à ceux de l'OMS. On peut aussi apprécier cet avantage au niveau régional, avec $(Q_i - Q_r)$, où Q_r indique la moyenne régionale. Dans tous les cas, un avantage relatif de qualité apparaît plus déterminant que le niveau absolu de qualité pour attirer des patients étrangers ;
- en relation décroissante avec le nombre de pays qui disposent d'un bon système de santé dans la région (effet de concurrence régionale) ;
- une fonction décroissante de la distance D_{ij} entre les deux pays, qui peut être mesurée par la distance géographique ou le coût relatif du transport ;
- en relation croissante avec le nombre d'expatriés présents, qui peut être apprécié par le stock d'IDE.

Il n'existe pas encore d'études de cas-pays assez nombreuses pour tester et estimer les influences respectives de ces variables. Mais le succès de la

Thaïlande et de Singapour en Asie, proches respectivement des pays les pauvres de l'ASEAN, de la Chine du Sud et de l'Indonésie (annexe), ou de la Tunisie et de la Jordanie dans le monde arabe, apparaît conforme à ces relations. L'équation des exportations de services de santé repose donc probablement sur ces variables et l'estimation des coefficients devrait constituer une priorité des futures recherches dans ce domaine ;

(c) on observe un lien net entre les exportations de services de santé et l'activité touristique. Cette relation peut traduire l'existence d'un effet de seuil dans le domaine des infrastructures : fréquence et qualité des liaisons aériennes et de transport, offre hôtelière, sécurité et stabilité... Elle signifie surtout que pour attirer des patients étrangers, une attractivité internationale suffisante (mesurée par les flux de touristes) est nécessaire. Le lien apparent entre les deux secteurs suggère donc que les facteurs de compétitivité internationale dans la santé sont en partie communs avec ceux du tourisme.

3.2. Perspectives de la demande internationale de services de santé

108

3.2.1. Contexte et enjeux

Les mouvements de patients à l'étranger peuvent être classés en cinq catégories, suivant leur motivation⁸⁴ :

- (a) les patients qui voyagent pour bénéficier de traitements et/ou d'équipements particulièrement réputés ou indisponibles dans leur pays d'origine ;
- (b) ceux qui vont effectuer un séjour de convalescence à l'étranger ;

84. Voir UNCTAD et WHO, 1998, chapitre de synthèse.

- (c) ceux qui voyagent pour bénéficier de dotations naturelles spécifiques (sources, sites) ;
- (d) ceux qui cherchent à l'étranger un traitement de qualité similaire mais à un coût plus faible que dans leur pays ;
- (e) les personnes âgées qui se déplacent dans les pays où les conditions climatiques et économiques sont plus confortables que celles de leur pays d'origine.

Un certain nombre de facteurs objectifs suggèrent que les déplacements de patients du Nord vers le Sud pour raisons économiques (catégories d et e) peuvent s'intensifier. Le vieillissement des populations des pays de l'OCDE représenterait la première cause de cette évolution.

Au cours des 30 prochaines années, l'âge moyen va continuer à s'accroître dans les pays de l'OCDE, en conséquence du vieillissement des enfants du *baby boom* de l'après-guerre, de l'allongement de la durée de vie et de la baisse de la fécondité. La poursuite du vieillissement de la population augmentera la pression sur les systèmes de financement de la santé et nécessitera la mise en œuvre de changements majeurs dans ce domaine. L'augmentation des coûts sera telle que le rationnement des soins devrait prendre une nouvelle ampleur (OCDE, 1998). L'organisation internationale estime que cette évolution entraînera une augmentation d'environ 50 % de la part des dépenses de santé dans le revenu des pays de l'UE à l'horizon 2040. Les dépenses de santé sont, en effet, plus élevées en moyenne pour les personnes âgées : en Europe, le rapport des dépenses de santé des personnes âgées sur celles du reste de la population est de trois (4,75 au Japon et 4,25 aux États-Unis)⁸⁵ ! Les autres variables étant considérées comme stables, l'OCDE estime que l'évolution démographique entraînera une augmentation du déficit public de 3 % en Europe et au Japon à l'horizon 2050.

85. En France, « les dépenses de santé d'une grand-mère sont cinq fois supérieures à celle de sa petite-fille » (Doan, 1999).

A plus court terme, d'ici 2030, le ratio de dépendance des personnes âgées (nombre de plus de 65 ans par actif) passera de 0,22 à 0,41 en moyenne dans l'UE (Commission européenne, 2005). Ce doublement de la charge par actif sera financé, d'une part, par les gains de productivité réalisés au cours de cette période et, d'autre part, par des économies sur les coûts de prise en charge des personnes âgées.

Dans cette deuxième direction, le progrès technique est d'un pauvre secours. Contrairement à la plupart des autres secteurs, le premier effet du progrès technique dans celui de la santé est d'élargir les possibilités de traitement. Les comportements de consommation des patients et le rôle prescripteur du médecin construisent une fonction de demande très éloignée de la rationalité idéalisée des manuels (OMC, 1998). L'augmentation du nombre de médecins engendre par exemple une augmentation systématique des dépenses de santé (Jacobzone, 1999). A travers les phénomènes de demandes induites, le progrès technique dans le domaine médical a ainsi souvent comme conséquence de nourrir la croissance des dépenses dans les pays riches⁸⁶ 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.

110

Dans ce contexte, l'exploitation des gains de l'échange international représente une seconde voie prometteuse pour économiser des ressources. Elle n'est pas sérieusement exploitée pour l'instant, mais l'enjeu est de taille et suscite déjà des vocations (annexe).

Les expériences examinées ici soulignent cependant que les échanges internationaux de services de santé sont d'abord créés par la mobilité des patients, alors que les

86. DREES, « *Comparaison internationale des dépenses de santé : une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970* », Dossier solidarité santé n° 1, 2001. En référence aux catégories habituelles de l'économie industrielle, le secteur médical ressemble à un marché de concurrence monopolistique (rivalité entre plusieurs offreurs, qui se différencient pour construire un pouvoir partiel de monopole) mais sans rendements croissants !

complémentarités économiques, quelle que soit leur force, sont beaucoup moins déterminantes. Le commerce de services de santé n'existe qu'à travers le déplacement des patients vers des prestataires étrangers. Ce sont les déterminants de cette mobilité qui construisent et définissent la nature de la demande et fixent son envergure. Ce constat conduit à distinguer trois types de demande : la demande issue des pays du Sud ; la demande à court terme issue des pays riches ; celle des pays riches qui peut être envisagée à plus long terme. Dans les trois cas, les perspectives de la demande dépendent de ce qui provoque, freine ou empêche le mouvement des patients.

3.2.2. La demande du Sud

Elle représente actuellement la principale composante de la demande de soins des particuliers à l'étranger. Ses perspectives de croissance sont à la fois plus fortes et plus sûres que celle du Nord. Le gonflement des classes moyennes dans les PED est l'une des conséquences de la mondialisation, qui engendre également de nouvelles inégalités de revenus. A l'image de la structure des ventes de produits de luxe (du cognac aux BMW), la demande de soins médicaux sophistiqués se globalise⁸⁷, au rythme de la croissance des revenus des ménages fortunés.

111

Le déplacement des ménages du Sud pour bénéficier de soins à l'étranger est provoqué par un décalage entre leur revenu individuel et le niveau de qualité du système de santé local. Ce mouvement est susceptible de se déclencher dès 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.

Les ménages les plus fortunés du Sud peuvent arbitrer au profit des prestataires de soins les plus réputés dans le monde, en Europe ou aux États-Unis. Dans ce cas,

87. Ce qui ne signifie pas que les comportements de consommation s'égalisent au niveau national.

le commerce s'oriente dans le sens « Sud-Nord ». 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. Dans cette compétition, un avantage de (réputation de) qualité est plus déterminant qu'un avantage de coût.

Les ménages à revenu moyen et moyen/supérieur des pays voisins – qui disposent d'un pouvoir d'achat suffisant pour acquérir des services coûteux, comme les soins, mais dont les choix de consommation demeurent soumis à une contrainte budgétaire dure – forment donc le débouché extérieur « naturel » des PED qui disposent d'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 (relativement) 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...).

3.2.3. La demande du Nord à court terme

On définit ici le court terme comme la période au cours de laquelle les contextes institutionnel, démographique et financier demeurent stables. A cet horizon, la contrainte de proximité apparaît comme un premier frein à l'utilisation de prestataires éloignés, comme dans toutes les activités de services. Dans le domaine médical, cependant les patients mettent déjà en œuvre des stratégies de sélection qui les conduisent à accepter des délais d'attente et des déplacements souvent importants pour obtenir le diagnostic ou le traitement d'un professionnel spécifique. Cette disposition particulière des consommateurs de soins suggère qu'une distance de deux ou trois heures peut être acceptée par une partie d'entre eux et ne constitue pas, en elle-même, une barrière réhibitoire aux échanges.

Une incitation puissante est néanmoins nécessaire pour qu'un consommateur du Nord accepte le coût d'un déplacement international. Or, celle-ci n'existe pas, ou peu,

en raison de l'envergure des systèmes d'assurance maladie, qui dissuadent de recourir à des praticiens à l'étranger. Le niveau élevé de prise en charge collective des traitements médicaux dans la plupart des pays riches, combiné à l'absence de portabilité de l'assurance maladie, y érige une barrière considérable aux importations de services

Tableau 28.
Indicateurs de couverture médicale

	Population couverte par l'assurance maladie, 2001 (%)	Financement de la santé, 2000 (%)			Part de la population insatisfaite du système de santé, 1999 (%)
		Public	Ménages, paiements directs	Autres financements privés	
Allemagne	91	75	11	14	48
Autriche	99	69	19	12	14
Belgique	99	72	nd	nd	21
Danemark	100	82	16	2	24
Espagne	99	72	24	4	50
Finlande	100	75	20	5	25
France	100	76	11	13	21
Grèce	100	56	nd	nd	80
Hongrie	100	76	21	3	nd
Irlande	100	73	14	13	47
Italie	100	73	23	4	72
Norvège	100	85	14	1	nd
Pays-Bas	76	63	9	29	26
Pologne	nd	70	nd	nd	nd
Portugal	100	68	nd	nd	74
Royaume-Uni	100	81	nd	nd	42
Rép. tchèque	100	91	9	0	nd
Suède	100	85	nd	nd	39
Suisse	100	56	33	12	
Japon	100	78	17	5	
Corée du Sud	100	44	41	15	
Australie	100	69	19	2	
Canada	100	71	nd	nd	
États-Unis	25	44	15	41	

Sources : OCDE, *Health data 2003* ; Commission européenne, « Eurobarometer », dans : *Key figures on Health pocketbook*, 2001.

de santé. Le tableau 28 présente certaines caractéristiques de cette sécurité médicale, qui ne s'exerce que pour la consommation de services de santé nationaux. La non-portabilité représente ainsi une désincitation majeure au mouvement des patients et une protection puissante vis-à-vis des importations.

En dehors de l'absence de portabilité, la barrière aux importations de services de santé est d'abord fonction :

- de la diffusion de l'assurance maladie parmi la population ;
- de la part du coût des soins assumée par les ménages ;
- de la satisfaction des ménages vis-à-vis de l'offre de soins sur le territoire national.

L'incitation économique à profiter de l'existence d'un avantage comparatif « santé » dans les pays étrangers dépend du niveau combiné de ces variables. Des niveaux élevés dissuadent la mobilité internationale des patients. A l'inverse, une baisse du taux de diffusion, du taux de financement public ou de la satisfaction crée des opportunités de développement des échanges.

114

Au sein de l'Union européenne, la Grèce est l'un des rares pays qui combine une contribution privée lourde (44 %) avec un niveau d'insatisfaction élevé (80 %). Trois autres grands pays l'Allemagne, l'Espagne et l'Italie se distinguent également par un niveau élevé d'insatisfaction. Mais dans l'ensemble européen, l'étendue de l'assurance maladie laisse actuellement peu de place au jeu de la concurrence internationale.

Les perspectives d'échanges internationaux sont moins marginales pour les soins et traitements qui échappent à ce filet d'assurance maladie. Il s'agit en particulier de la chirurgie esthétique et, dans une moindre mesure, des soins dentaires. Pour ces activités pas ou peu remboursées, les prestataires se positionnent également de manière commerciale, en réponse à une approche plus consumériste et moins médicale

des patients. Ces derniers ne considèrent pas vraiment ces techniques comme des traitements médicaux.

Aux États-Unis et en Europe, la chirurgie esthétique connaît une forte croissance depuis une dizaine d'années. Selon l'*American Academy of Cosmetic Surgery*, plus de 670 000 liposuccions ont ainsi été réalisées en 2000, environ dix fois plus qu'en 1990. En Europe, cette activité est également dynamique. Entre 2000 et 2003, le nombre d'opérations aurait progressé de 19 % en France et aurait été multiplié, respectivement, par 2,7 et 4 en Espagne et en Belgique, selon l'ISAPS. En Europe, la demande est concentrée dans sept pays : l'Espagne, la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni – dans lesquels entre 20 000 et 30 000 opérations sont réalisées chaque année – et l'Italie, la Belgique et la Suisse – où le nombre d'interventions annuelles se situe autour de 10 000. Actuellement, environ 150 000 opérations par an seraient réalisées au sein de l'Union européenne⁸⁸. Au seul Royaume-Uni, la valeur de ce marché avait été estimée à 160 GBP en 1999⁸⁹. Les professionnels attribuent cette forte croissance à la popularisation de la chirurgie esthétique, au développement de procédures plus légères et au fait que la génération du *baby boom* atteint la fin de la quarantaine avec un pouvoir d'achat supérieur aux précédentes⁹⁰.

La préservation de l'intégrité physique étant rarement le déterminant majeur de la consommation de ce type de services, la concurrence par les prix joue avec plus d'intensité que pour les autres soins. On assiste par exemple dans certains pays, comme au Royaume-Uni, à une concentration des cliniques, suivant une logique industrielle qui vise notamment à accroître les économies d'échelle dans la publicité et

88. Données ISAPS, 2003.

89. *Cosmetic surgery market report*, www.researchandmarkets.com, Royaume-Uni, janvier 1999. Si cette évaluation et les données de l'ISAPS sont exactes, l'ordre de grandeur de la consommation européenne (UE) de soins esthétiques serait de 2,5 à 3 milliards € en 2003.

90. 30 % des opérations concerneraient des personnes de plus de 50 ans.

le marketing. Dans ce contexte particulier, l'intensification de la concurrence peut se poursuivre à l'international et permettre à certains établissements des PED de valoriser leur avantage comparatif dans ce domaine. Cependant, l'expérience tunisienne montre que même une réelle notoriété en Europe ne génère pas un afflux massif de clients.

Au niveau multilatéral, la portabilité de l'assurance maladie n'apparaît pas comme une priorité dans les négociations sur la libéralisation des échanges de services. Les engagements des pays sur l'AGCS reçus à l'OMC indiquent au contraire que le secteur de la santé est, avec l'éducation et la distribution, l'un de ceux qui devraient demeurer les plus protégés (Drager, 2004). Parmi les pays qui envisagent une plus forte ouverture internationale dans ce secteur, la plupart prévoient explicitement de restreindre les possibilités de portabilité (Benavides, 2002). La CPAM française a par exemple refusé de signer une convention permettant la portabilité de la prise en charge maladie des immigrés tunisiens lorsqu'ils retournent dans leur pays.

En revanche, au sein de l'UE, la portabilité est désormais possible en théorie. Les soins reçus par un ressortissant français dans l'UE sont par exemple soumis aux mêmes conditions de remboursement qu'en France ; avec comme seule réserve pour ceux nécessitant une autorisation préalable, « *que le traitement puisse être réalisé en France dans les mêmes conditions, compte tenu de l'état du patient...* » (sauf pour les cas « inopinés »)⁹¹. Depuis l'élargissement de l'UE, plusieurs articles se sont fait l'écho du développement d'un commerce transfrontalier de services dentaires, notamment avec la Pologne et la Hongrie⁹².

La période est trop courte pour apprécier des changements dans les choix de prestataires et d'éventuels effets de concurrence et d'internationalisation. L'UE aura,

91. Voir décret 2005-386 du 19 avril 2005. Merci à Agnès Grandin de l'IRDES pour cette information.

92. Par exemple, « Les rages de dent danoises se soignent en Pologne », *Le Monde*, 21/06/2005.

dans ce domaine également, une dimension expérimentale. Elle représente un terrain de recherche privilégié pour évaluer et quantifier les conséquences de la portabilité au sein d'un ensemble de pays dont les systèmes de santé ont des performances disparates. Pour l'instant, l'expérience européenne montre que, malgré la disparition de la barrière de non-portabilité, les échanges internationaux demeurent marginaux. Au-delà de cette barrière institutionnelle, il existe donc d'autres freins au commerce international de services de santé.

Encadré 2. Le commerce d'organes et les dérives du commerce de santé

Le décalage entre l'offre et la demande d'organes dans les pays développés est considérable et augmente. Aux États-Unis, 50 000 patients attendaient une greffe du rein en 2001. En Europe, près de 40 000 patients attendaient une telle opération en 2003, avec un délai d'attente d'environ trois ans, qui devrait atteindre 10 ans en 2010⁹³.

Le commerce d'organes est interdit par les législations occidentales. Dans ce contexte, de nouvelles formes de trafic international sont apparues pour satisfaire cet excès de demande du Nord et un certain nombre de pays sont soupçonnés d'héberger des activités de commerce d'organes, qui attirent des patients à fort pouvoir d'achat⁹⁴. Les patients se déplacent dans ces pays où le commerce d'organes n'est pas formellement puni pour bénéficier d'une transplantation sur place. D'après l'Établissement français des greffes, plusieurs patients se seraient rendus à l'étranger en 2002 pour bénéficier d'une greffe⁹⁵...

Les greffes à l'étranger sont moins coûteuses et plus rapides, d'abord parce que la disponibilité en organes est supérieure, en tous cas pour les patients riches. Il y a deux explications possibles à cette plus forte abondance relative d'organes au Sud qu'au Nord : (i) une plus grande disponibilité relative ou (ii) une plus grande disponibilité absolue. Aucune n'est acceptable :

93. *Panorama du médecin*, 04/10/2004.

94. Voir le site d'*Organs Watch* : <http://sunsite.berkeley.edu/biotech/organswatch/>. La liste des pays soupçonnés par cette organisation d'accueillir ce type d'activités est longue : Afrique du Sud, Inde, Moldavie, Philippines, Brésil, Russie... Voir également : *Le courrier de l'Unesco*, juillet/août 2001.

95. *Panorama du médecin*, 04/10/2004.

- (i) le plus grand nombre de dons d'organes par rapport à la demande solvable est une première explication. Elle implique, d'une part, que le niveau de revenu de la population interdit la satisfaction des besoins nationaux et, d'autre part, que les ressources nationales disponibles (les organes) sont détournées vers des patients étrangers. En plus des défaillances éthiques et d'équité, cette situation conduit naturellement à une augmentation du prix des organes et des greffes au niveau local, ce qui exclut une part croissante de la population locale de ces soins en raison de l'élévation de la barrière de coût ;
- (ii) une seconde cause possible est que la disponibilité absolue en organes soit plus grande. En l'absence d'explication culturelle valable, ce stock supérieur ne peut provenir que de l'extorsion ou de l'exploitation de populations vulnérables.

Des trafics de même nature, et fondés sur le même type d'exploitation, sont également évoqués dans les protocoles de tests des laboratoires pharmaceutiques⁹⁶.

On aborde ici la principale menace intrinsèque à l'internationalisation des traitements médicaux. Si la circulation des patients du Nord vers le Sud se déconnecte de l'attractivité touristique et s'intensifie pour des activités comme la chirurgie et les greffes, le risque majeur est celui de l'abaissement et du contournement des règles éthiques, beaucoup plus que de la création d'un dualisme médical dans les PED. Les possibilités de dérives et de concurrence par le « moins-disant » éthique sont en effet considérables, de même que les gains associés au non-respect de ces règles.

118

Les règles d'éthique médicale et d'intégrité corporelle doivent être considérées comme des biens publics mondiaux. Elles doivent être harmonisées, promues et protégées comme tels par des engagements internationaux soumis à un contrôle multilatéral strict. En l'absence de système de contrôle international efficace, le durcissement des législations nationales devrait être envisagé dans les pays occidentaux pour arrêter le développement de ce marché, par exemple en stoppant le flux à sa source par l'interdiction faite aux nationaux d'effectuer une transplantation d'organes à l'étranger.

96. Pour une illustration, voir *Financial Times* 10/11/2004, "The strange tale of ukrainian stem cell experts". Mais ces pratiques seraient surtout diffusées en Afrique. Elles ont inspiré J. Le Carré pour son roman *La constance du jardinier* (2001).

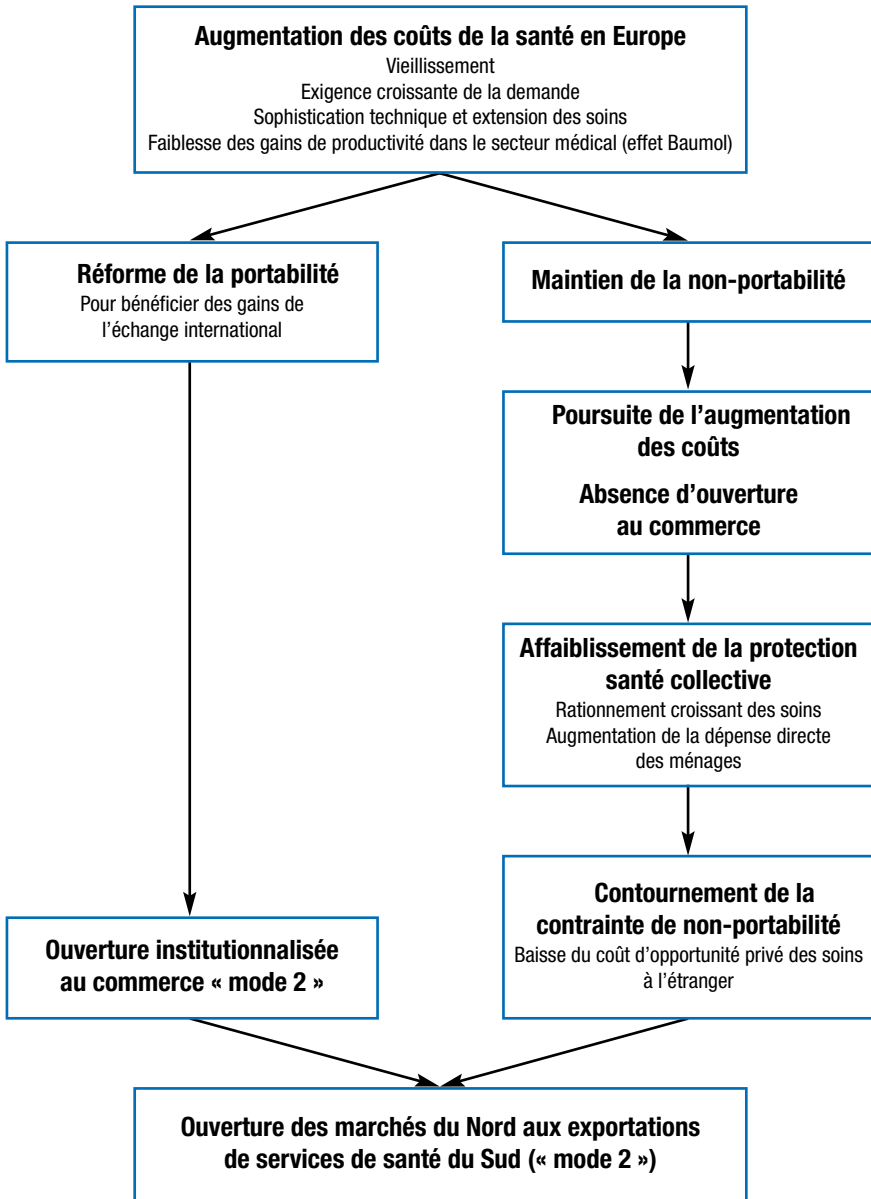
3.2.4. La demande du Nord à long terme

A plus long terme, les perspectives de la demande du Nord dépendent de l'évolution des systèmes de santé des pays concernés. Plusieurs scénarios d'adaptation au durcissement des contraintes économiques et démographiques peuvent être envisagés à l'horizon d'un changement de génération.

En mobilisant un facteur institutionnel (extension du jeu du marché/consolidation de la régulation publique) et un facteur psycho-social (crainte des nouvelles technologies/goût pour l'innovation), des chercheurs hollandais ont dessiné quatre futurs possibles des systèmes de santé européens (Leufkens *et al.*, 1994). Les deux scénarios caractérisés par la crainte du changement technique débouchent sur des formes de comportement médical plus sobres, dans lesquels la demande s'autolimité. Le troisième scénario combine une large confiance dans les effets positifs du progrès technique et la diffusion de traitements préventifs par le secteur public. Dans le dernier scénario, le secteur de la santé est dominé par « *les forces du marché* » : l'élargissement du marché de la santé au niveau européen stimule la concurrence internationale ; les consommateurs expriment une demande de soins de plus en plus exigeante et acceptent de payer un prix supérieur pour obtenir satisfaction ; l'accès aux soins devient plus inégalitaire.

Si le futur n'est jamais certain, plusieurs évolutions indiquent néanmoins que ce dernier scénario – le modèle de « *santé concurrentielle* » – constitue une orientation de réforme privilégiée par de nombreux pays : les taux de remboursement diminuent en Europe pour un certain nombre de soins, notamment dentaires ; l'éventuelle montée en puissance des assurances privées dans le financement de la santé impliquerait une mise en concurrence beaucoup plus intensive des prestataires de services médicaux. Les États-Unis ont suivi une telle évolution avec le système des MCO (*Managed Care Organization*)⁹⁷. Une réforme inspirée de ce système a

Graphique 22.
L'incontournable « mode 2 » ?



récemment été mise en place aux Pays-Bas (réforme Dekker), mais son application demeure limitée.

Si le scénario de santé concurrentielle est retenu en Europe, quelle serait alors la place des échanges et quelle forme prendrait le commerce international de services de santé ?

Au niveau des échanges extérieurs, la cohérence économique d'un projet concurrentiel serait de libéraliser simultanément les relations commerciales. La rationalité économique incite également à envisager à terme un affaiblissement de la barrière aux échanges que représente la non-portabilité de l'assurance maladie, par sa réforme ou par son contournement.

Le graphique 22 représente schématiquement les options dont disposent les pouvoirs publics, dans le domaine du commerce extérieur étudié ici, pour faire face à l'alourdissement des coûts de la santé sur le territoire national. L'alternative majeure est d'autoriser ou non la portabilité de l'assurance maladie (publique ou privée) :

- si la pression concurrentielle domine, la portabilité devient possible, la barrière institutionnelle aux échanges disparaît (portabilité totale) ou s'atténue (portabilité limitée) et le commerce selon le « mode 2 » de l'AGCS (importations de services par le traitement de patients nationaux à l'étranger) peut se développer ;
- si le conservatisme l'emporte initialement, la non-portabilité est maintenue à l'étape 1. Le coût de la santé continue d'augmenter et la protection médicale qu'offrent les institutions nationales s'affaiblit : le taux de prise en charge publique diminue, le rationnement des soins augmente dans le secteur public, la contribution directe des ménages augmente et concerne un nombre croissant de soins, ce qui engendre de nouvelles inégalités d'accès. Dans ce contexte,

97. Sur le système américain des MCO, voir Chambaretaud et Lequet-Slama (2002) ; Majnoni d'Intignano (2001)

l'enjeu de la portabilité diminue pour les ménages car la surface du filet de protection de l'assurance maladie s'est réduite. Le coût d'opportunité du traitement à l'étranger chute pour tous les soins exclus de la protection maladie. Cette évolution ouvre la voie à une utilisation plus intensive par les ménages de prestataires étrangers aux coûts compétitifs. La contraction de la couverture maladie suscite alors le développement du commerce en « mode 2 », par contournement de la contrainte de portabilité.

Mais, quelle que soit la probabilité de réalisation des scénarios qui intègrent une plus forte ouverture extérieure dans le secteur de la santé, le potentiel de développement des exportations du Sud vers le Nord restera limité, car il existe d'autres freins à la croissance de ces échanges. Trois facteurs en particulier réduisent ce potentiel.

(i) Le caractère de demande induite de la consommation de services de santé et le pouvoir d'influence de l'offre

L'asymétrie d'information représente une spécificité forte de la relation individuelle patient/médecin. C'est même l'existence de ce différentiel de connaissance qui justifie la sollicitation du médecin. Ces asymétries sont donc par nature irréductibles dans le cas de relations individuelles. En conséquence, le patient accepte la prescription du médecin, qui dispose d'une grande latitude pour fixer la consommation de son patient. Une justification importante d'un système d'assurance publique est alors de créer un acteur central capable de compenser ces asymétries d'information par la régulation et l'intervention (Arrow, 1963). A l'opposé, un système de marché est incapable de les corriger.

La faible autonomie de la demande médicale réduit donc le potentiel d'utilisation du marché en général, et du marché international en particulier. Les lobbies de médecins possèdent de plus un pouvoir d'influence sur la société, qui dépasse le cadre de leur

clientèle propre. Ils devraient combattre une ouverture internationale susceptible de provoquer une baisse de leurs revenus. Dans un pays comme la France, où le lobby médical est particulièrement puissant et exigeant⁹⁸, les résistances à l'ouverture des services de santé à une certaine concurrence internationale seraient probablement considérables.

(ii) L'importance des coûts de transaction pour des patients confrontés à une offre concurrentielle

Comme pour la plupart des services aux personnes, les coûts d'identification, d'évaluation et de sélection des prestataires sont élevés pour les consommateurs de soins. Ils manquent d'informations sur la qualité des services proposés et l'expérimentation, à partir de laquelle une comparaison peut s'établir, est coûteuse et parfois dangereuse. Les effets de réputation et les relations de confiance sont donc déterminants dans le choix d'un praticien. Les difficultés de choix des patients, déjà importantes à l'échelle locale, deviennent considérables à l'échelle internationale. Le niveau des coûts de transaction dans le secteur des services de santé constitue ainsi un frein majeur au développement des échanges.

123

(iii) L'étroit intervalle de population sensible à une concurrence uniquement par les prix

On retrouve la même règle de l'intervalle intermédiaire de revenu, rencontrée dans le cas des échanges Sud-Sud. Quelle que soit l'évolution de l'assurance maladie, l'offre de soins du Sud ne peut concerner que des segments spécifiques de la demande du Nord : celle des ménages dont les revenus sont suffisants pour financer voyage et

98. Il s'agit d'une des rares professions capables de se mobiliser pour protester contre la faiblesse des revenus, alors que ceux-ci se situent dans une fourchette de 50 000 € à 100 000 € / an (voir les menaces d'expatriation des chirurgiens français : *Le Monde*, 27/07/2004 ; 26/8/2004), et de gagner (pour calmer la fronde, le ministère de la Santé a accepté une revalorisation des honoraires dont le coût estimé est de 113 millions d'euros) !

soins dans un PED, mais trop faibles pour avoir recours aux établissements privés les plus réputés dans leur pays d'origine ou à proximité.

Cependant, la taille du marché européen de la santé est si vaste que même une pénétration marginale des importations générerait une activité importante pour le pays exportateur.

Conclusion

La consommation de services de santé représente une dépense considérable dans les pays du Nord, où nombre de systèmes de financement rencontrent des difficultés. A proximité de ces consommateurs, certains pays en développement disposent d'un avantage de coût et d'une offre de compétences médicales de bonne qualité. Pourtant, la complémentarité entre cette demande solvable au Nord et la compétitivité de certains pays du Sud ne se traduit pas par l'essor d'un commerce international. Le volume du commerce mondial dans ce secteur représente moins de 0,4 % des dépenses nationales de santé des seuls pays de l'OCDE. Des barrières puissantes empêchent l'expansion de ces échanges internationaux. Elles trouvent leur origine dans la nature particulière du commerce des services de santé qui est à la fois « intensif en réglementation » et « intensif en confiance ». La non-portabilité de l'assurance maladie des patients cristallise ce premier aspect et engendre une désincitation absolue au voyage de santé. La seconde barrière limite considérablement le potentiel des échanges Sud-Nord, même si la contrainte de non-portabilité se relâchait.

124

Parmi les PED, certains offreurs de soins ont cependant réussi à attirer des patients étrangers et à créer un flux d'exportation qui, dans certains cas, engendre des recettes significatives pour le secteur national de la santé et les secteurs liés. L'analyse de ces

expériences souligne cependant que ces exportations relèvent davantage du commerce régional, entre pays du Sud, que d'un commerce Sud-Nord. La large majorité des patients étrangers qui viennent se faire soigner dans des pays du Sud sont en effet originaires d'autres pays du Sud. Ces flux Sud-Sud se substituent parfois à des flux « traditionnels » Nord-Sud.

Alors que le potentiel Sud-Nord des échanges de service de santé semble *a priori* considérable, la réalité des échanges est donc Sud-Sud et s'inscrit dans une dimension régionale. La principale cause de cette régionalisation des échanges provient du fait que la force d'attraction d'une offre de soins dépasse difficilement le périmètre régional. Les patients extra-régionaux arbitrent en effet en faveur des pôles de santé plus avancés, qui se situent en Europe ou aux États-Unis. Le commerce international de services de santé des pays du Sud apparaît ainsi orienté par les avantages comparatifs régionaux : le flux d'exportation dépend autant des performances absolues du pays exportateur que de l'écart de performance avec les pays voisins. Son volume dépend de la taille du marché régional, grandeur plus pertinente que celle du marché mondial pour apprécier le potentiel. Il correspond à la population de patients mal soignés. Sur ce plan, la Thaïlande, proche de la Chine, ou la Malaisie, à proximité de l'Indonésie, sont plus favorisées que la Tunisie dont le bassin régional est étroit.

Les pays du Sud exportateurs de santé ont en commun d'être des destinations touristiques importantes. Un premier examen a permis de constater une relation assez étroite entre les recettes extérieures du secteur de la santé et celles du tourisme. Ces deux activités partagent sans aucun doute plusieurs facteurs de compétitivité. Certaines relations potentielles entre ces deux activités d'exportation sont explorées dans le chapitre suivant, qui s'appuie sur le cas de la Tunisie.

Le tourisme en Tunisie : une dimension santé ?

4

4.1. Contexte

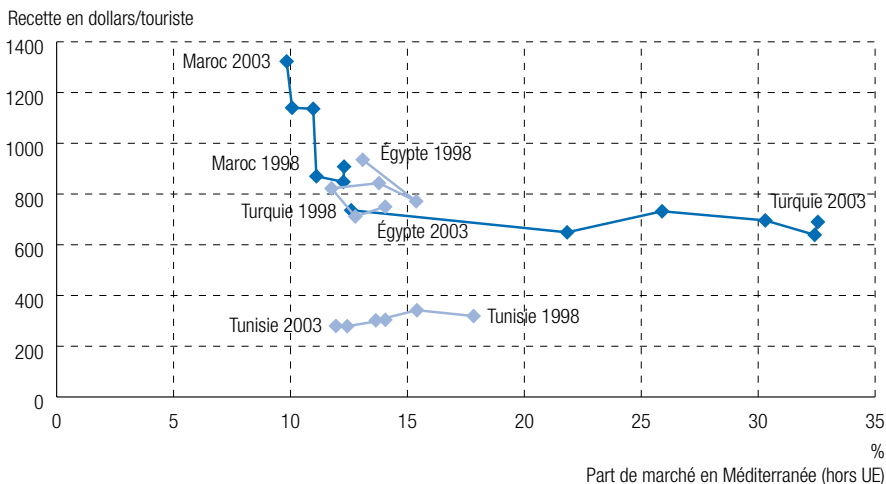
Le tourisme représente une des plus grandes activités économiques dans le monde et joue un rôle considérable en Tunisie, qui a accueilli en moyenne 5 millions de visiteurs par an au cours des cinq dernières années et est l'une des grandes destinations touristiques au Sud de la Méditerranée. Les performances du tourisme sont donc essentielles pour celles de l'économie tunisienne. Après avoir enregistré une croissance rapide pendant les années 1980 et 1990, ce secteur rencontre des difficultés, dans un contexte marqué par le renforcement de la concurrence en Méditerranée. En dépit d'une compétitivité/prix remarquable et d'une augmentation de la fréquentation, la part de marché de la Tunisie dans le tourisme au Sud de la Méditerranée diminue, alors que les autres destinations de la région prévoient d'augmenter leurs capacités d'accueil.

127

Les graphiques 23 et 24 illustrent la nature du défi auquel est confronté le secteur du tourisme en Tunisie. Ils présentent l'évolution, en ordonnée, des recettes par touristes et, en abscisse, de la part de marché de l'Égypte, du Maroc, de la Tunisie et de la Turquie dans le total méditerranéen. Cette comparaison est justifiée car les

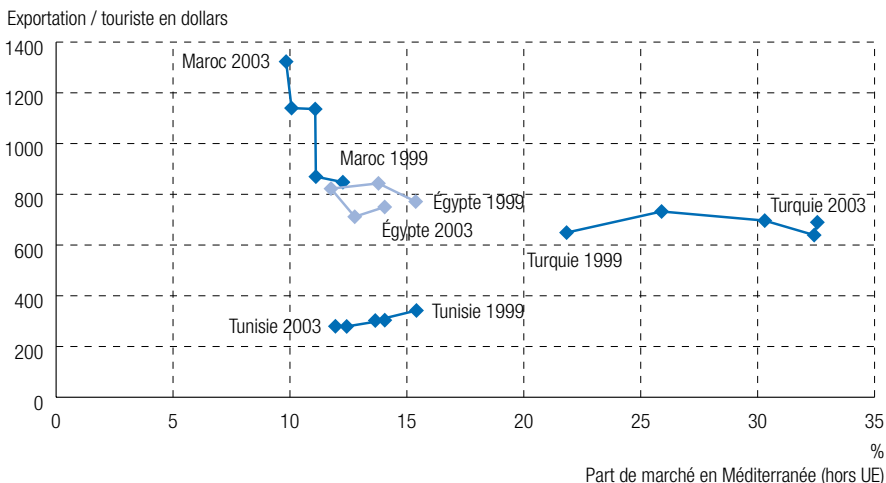
durées de séjour des touristes européens dans ces pays sont proches (de l'ordre d'une semaine). Les recettes sont appréciées d'une part par les données du poste

Graphique 23.
Recette par touriste et part de marché (Méditerranée hors UE)



Sources : Balance des paiements et données nationales.

Graphique 24.
Exportation par touriste (source CST) et part de marché (Méditerranée hors UE)



Sources : WTTC et données nationales.

« Voyages » de la balance des paiements et, d'autre part, par les données « Exportations aux touristes » des comptes satellites du tourisme établis par le WTTC.

Le croisement de ces deux indicateurs fait apparaître dans la région trois évolutions assez contrastées sur la période 1998-2003 :

- en Turquie, une stabilité des recettes par touriste, qui correspond à une légère baisse en valeur constante, s'est accompagnée d'une augmentation de la part du marché européen de près de 10 points ;
- le Maroc a maintenu sa part de marché autour de 10 % du total méditerranéen et a simultanément augmenté le montant des recettes par touriste de façon très significative ;
- en Égypte, une légère baisse de la part de marché s'accompagne d'une baisse parallèle des recettes par touriste.

La Tunisie a un profil du troisième type, proche de celui de l'Égypte. Les recettes par touriste sont particulièrement faibles (elles diminuent légèrement en valeur courante) et la Tunisie perd près de huit points de la demande européenne. Le graphique 24 portant sur les données des comptes satellites conduit aux mêmes résultats. La comparaison des dépenses par séjour des touristes (en USD) dans la principale destination concurrente, la Turquie, confirme la situation défavorable de la Tunisie.

Les stations touristiques tunisiennes ont été conçues selon le modèle de développement touristique des années 1970, celui de la monoculture balnéaire. Mais, alors que les comportements touristiques et la concurrence ont évolué dans le sens d'une différenciation croissante, la Tunisie demeure enfermée dans une image touristique strictement réduite aux trois « S » (*sea, sun, sand*) et son offre de tourisme de masse se commercialise à des prix bas. Ce cercle vicieux de la spécialisation bas de gamme se boucle sur la faiblesse des recettes des opérateurs hôteliers, qui pèse sur leurs bilans

et limite leur capacité d'investissement⁹⁹. Pour sortir par le haut de cette situation préoccupante pour l'avenir, la Tunisie doit diversifier son offre ; une stratégie que poursuivent également les autres pays qui disposent de dotations naturelles ou culturelles au moins aussi riches et variées que la Tunisie.

La relation constatée entre les exportations de services de tourisme et de santé suggère d'examiner quelles articulations existent entre ces deux secteurs et, en particulier, si l'avantage compétitif constaté dans la santé peut constituer un point d'appui d'une stratégie de différenciation de l'offre touristique.

4.2. Le « tourisme de bien-être » : un segment émergent fondé sur un avantage comparatif santé

4.2.1. L'intégration de la santé au tourisme : le cluster du tourisme de bien-être

Le tourisme de bien-être n'est pas précisément identifié comme une filière intégrée et spécifique. Le terme est parfois utilisé, dans une perspective commerciale et dans la littérature sur l'économie du tourisme, de manière dispersée pour désigner un certain nombre de niches, qui font par ailleurs l'objet d'autres appellations, allant du tourisme « de cure » et de la thalassothérapie au tourisme « de santé ».

Medlik (1995) définit par exemple le tourisme de bien-être comme « *une tentative de la part d'un prestataire ou d'une destination d'attirer des touristes par la promotion délibérée de ses services et équipements de soins, en plus de ses services d'accueil*

99. On estime que plus d'un tiers de la capacité hôtelière tunisienne (soit environ 70 000 lits) nécessite des investissements majeurs de rénovation. Sur un total de 3,3 milliards DT d'engagement bancaire sur le secteur du tourisme, le montant des dettes impayées atteindrait 807 millions DT. Voir *FitchRatings*, « L'industrie touristique tunisienne », 24 juin 2004.

traditionnels ». Pour Clift et Page (1996), le tourisme de santé consiste en « *des loisirs pris à l'étranger, dont l'un des objectifs est d'améliorer son état de santé* ». Pollock et Williams (2000) ou Weiler et Hall (1992) associent également loisirs à distance et amélioration de l'état de santé pour définir le tourisme de santé. Ces différents auteurs mélangent la dimension loisirs, suivant les cas, avec les soins et la thérapie, les cures et autres traitements préventifs, les prestations de maintien et de remise en forme, les soins de beauté, etc.

Le travail de Mueller et Kaufman (2001) sur le tourisme de bien-être en Suisse constitue une exception par sa tentative d'identification et de définition précises des composantes de ce segment du marché¹⁰⁰. Elles définissent le tourisme de bien-être (*wellness*) comme « *la somme de tous les relations et phénomènes qui résultent d'un voyage ou d'un séjour par des personnes dont le motif principal est de préserver ou de promouvoir leur santé. Elles demeurent dans des hôtels spécialisés qui fournissent les savoir-faire appropriés et les soins individuels. Elles recherchent un ensemble complet de services qui comprend le fitness, les soins de beauté, la diététique, des séances de relaxation/méditation (...).* »

Le regroupement de ces différentes niches et des offres de séjours qui intègrent une composante soins suggère en effet l'existence d'un *cluster* potentiel dans l'industrie touristique, caractérisé par l'articulation de prestations de loisirs et de santé dans une gamme intégrée de services touristiques : le tourisme de bien-être. Ce *cluster* semble nouveau pour l'industrie du tourisme. Son existence et sa nature sont donc examinées ici sur un mode exploratoire.

Le *cluster* du tourisme de bien-être peut être défini par les caractéristiques suivantes :

- cible : les personnes bien portantes (qui se déplacent facilement) et non les malades. Les prestations visent des « consommateurs de soins », éventuellement

100. L'étude de Didaskalou *et al.* (1999) sur la Grèce en est une autre, mais nettement moins aboutie.

médicaux, et non des « patients ». Pour le consommateur, l'image du service doit être associée aux loisirs et à la forme, pas à la thérapie. Sur le plan marketing, l'offre de services de « bien-être » doit ainsi clairement se distinguer des cures et autres soins de convalescence. Ce qui n'empêche pas, dans la pratique, de proposer une large gamme de soins ;

- le marché principal est d'abord celui de la clientèle féminine (prescripteur principal) et des personnes de plus de 40 ans, qui expriment une demande plus forte pour ce type de prestations¹⁰¹ ;
- la thalassothérapie apparaît, aux niveaux technique et commercial, comme le nœud de ce *cluster*, dont certaines composantes existent déjà mais sans être coordonnées ni articulées en une gamme intégrée de prestations. Le potentiel de synergies commerciales entre la thalassothérapie et la chirurgie esthétique semble par exemple élevé, car les types de clientèle et les satisfactions recherchées sont proches. Des possibilités de déclinaison similaires existent probablement entre la thalassothérapie et la kinésithérapie préventive ou de rétablissement ;
- une moindre saisonnalité : les consommateurs de prestations de bien-être effectuent leurs séjours sur l'ensemble de l'année et évitent souvent la période estivale ;
- une dépense par touriste élevée, en raison de la contribution de personnels et d'équipements spécialisés à la prestation du service. Une étude sur le tourisme de cure en Jordanie montre par exemple que la dépense quotidienne sur ce segment est dix fois supérieure à la moyenne nationale (Harahsheh, 2002). Les données recueillies auprès des centres de thalassothérapie en Tunisie et en France confirment cette particularité ;
- les ressources-clés pour ces activités sont d'abord les ressources humaines, qui doivent disposer de compétences dans plusieurs domaines et d'un excellent

101. L'enquête de Mueller et Kaufman (2001) sur la Suisse indique par exemple que les deux tiers des touristes de bien-être sont des femmes et que la moyenne d'âge est de 53 ans. Une enquête sur le tourisme de cure en Jordanie montre que 48 % des curistes ont plus de 50 ans (Harahsheh, 2002).

savoir-faire relationnel, à la hauteur du prix élevé des prestations¹⁰². Les compétences techniques nécessaires comprennent en particulier des animateurs sportifs, des masseurs, des diététiciens, des kinésithérapeutes, des infirmières et des médecins. La qualité de l'équipement hôtelier et des sites de séjour est également essentielle ;

- une image de sécurité et de stabilité constitue un impératif incontournable sur ce marché.

La compétitivité de cette filière repose sur la combinaison d'une offre balnéaire de qualité et d'un avantage comparatif dans les secteurs paramédical et médical. Sa cohérence se fonde sur la mise en place d'une continuité de services : du tourisme traditionnel, de type balnéaire, vers des prestations plus intensives en soins paramédicaux et médicaux :

Tourisme balnéaire > Balnéothérapie > Thalassothérapie > Cure préventive > Remise en forme > Kinésithérapie > Cure thérapeutique > Bilan médical > Cosmétique > Chirurgie esthétique > Dentisterie > Autres services médicaux.

4.2.2. Perspectives de la demande

Le volume de la demande pour ce type de prestations est difficile à évaluer, mais il semble en croissance, pour des raisons économiques et démographiques. Les exemples de la Suisse et surtout de l'Allemagne fournissent des indications sur la nature de cette demande.

Les séjours touristiques qui associent loisirs, repos et soins du corps se pratiquent depuis longtemps dans les pays germaniques (Allemagne, Autriche, Suisse). D'après

102. Une étude sur le tourisme de santé dans deux pays proches, la Suède et la Norvège, a montré que les bien meilleures performances de la première destination s'expliquaient surtout par la différence de qualité des ressources humaines (Johansen *et al.*, 1991).

l'Office suisse des statistiques, environ un million de journées de soins sont réalisées par les établissements balnéaires et thermaux du pays chaque année. Mueller et Kaufman (2001) estiment également le volume du marché suisse du tourisme de bien-être à un million de journées et la durée moyenne des séjours à huit jours ; ce qui aboutit à un marché d'environ 125 000 personnes. Dans ce pays, le segment des vacances « de remise en forme » serait le plus dynamique depuis 1998¹⁰³. Mais en Europe, le marché le plus important est celui des Allemands. D'après des estimations privées, les Allemands auraient dépensé 18 milliards DM en 1999 pour des voyages et séjours de remise en forme¹⁰⁴. Pour la même année, le premier tour-opérateur, TUI, indique que 780 000 séjours liés au bien-être, d'une durée supérieure à cinq jours, avaient été commercialisés en Allemagne et que la croissance de ce segment de la demande est à deux chiffres (MKG Consulting, 2002). Ce type de prestations concerne une part croissante des vacanciers allemands, d'après les données de Reiseanalyse (tableau 29).

Les données sur les comportements des touristes allemands montrent que l'importance relative du segment du tourisme de bien-être augmente avec l'âge des touristes. Un vacancier allemand sur 20 consomme ce type de tourisme entre 30 et 39 ans, mais cette proportion atteint un sur sept pour les plus de 60 ans. On constate des changements similaires des choix de consommation avec l'âge dans les autres pays européens et aux États-Unis¹⁰⁵. Combinés au vieillissement de la population dans les grands pays émetteurs, ces comportements annoncent une augmentation de la demande pour ces services.

Les consommateurs de thalassothérapie représentent un socle potentiel de la demande de tourisme de bien-être. La comparaison de différentes estimations suggère

103. Source : Swisstourfed.

104. Source : étude Primark/Wefa, citée dans MKG Consulting, 2002.

105. Dans le cas des États-Unis, voir M. Tabacchi, « *Le tourisme de santé aux États-Unis* », Cahier Espaces n° 72, décembre 2001.

qu'environ 1 % des touristes européens consomment actuellement des séjours de thalassothérapie¹⁰⁶.

Tableau 29.
Les comportements de vacances (congés annuels) des Allemands

Tranches d'âge	Nombre de voyages en forme (en millions)	Tourisme de remise en forme (%)	Tourisme de remise en forme (en millions de touristes)
Total	48	7,4	3,6
14 à 29	10,6	1,6	0,2
30 à 39	9,4	4,9	0,5
40 à 59	16,3	7,3	1,2
Plus 60	11,7	14,7	1,7
En Allemagne	13	11,8	1,5
A l'étranger	35	5,7	2

Source : Reiseanalyse, 2000, repris dans MKG Consulting, 2002.

4.2.3. La thalassothérapie au cœur de la filière

La France occupe la première place mondiale pour les séjours de thalassothérapie. Il s'agit de services à forte valeur ajoutée, dont les tarifs sont élevés. Les volumes de remise en forme les plus importants sont réalisés dans les stations qui bénéficient également d'une fréquentation touristique intense. La dimension loisirs – détente de la thalassothérapie prévaut donc clairement sur la dimension soins ; il s'agit bien d'abord d'un segment de l'offre touristique. La fréquentation des hôtels intégrés à des instituts de thalassothérapie est continue sur l'année. Le taux d'occupation le plus faible se situe pendant l'hiver, mais il ne descend jamais en dessous de 55 % et il est supérieur à 60 % huit mois sur douze.

Les femmes représentent 70 % de la clientèle, mais la fréquentation masculine augmente régulièrement. Les plus de 50 ans assurent 40 % des entrées en 2001, contre 60 % en 1998. L'emploi direct est estimé à 4 000 personnes en France, dont

106. Les établissements français reçoivent 300 000 clients par an, ce qui représente environ 1,3 million de journées de soins. Mais le marché potentiel est estimé à 900 000 personnes (MKG Consulting, 2002). Voir également d'autres estimations du potentiel de consommation de tourisme de bien-être dans *Eau, santé et bien-être : du tourisme aux loisirs*, Cahier Espaces n° 72, décembre 2001.

2 400 professionnels de l'hôtellerie et 1 600 du secteur médical et paramédical. Le ratio d'activité correspondant représente donc un emploi médical ou paramédical pour environ 800 journées de soins. Le prix d'une journée de soins (hors séjour) s'étagère entre 100 et 160 € (MKG Consulting, 2002).

La Tunisie s'est engagée avec succès dans cette activité. Elle se présente désormais comme la deuxième destination mondiale pour la thalassothérapie, après la France¹⁰⁷. Dans tous les cas, cette activité connaît une forte croissance. Les chiffres communiqués par les opérateurs tunisiens confirment le dynamisme de la demande et la compétitivité de la Tunisie sur ce marché. La capacité a considérablement augmenté et atteint désormais 4 000 visiteurs / jour contre moins de 2 000 en 2000. Alors qu'aucun centre de thalassothérapie n'existait avant 1984 (ITC, 2004), 25 hôtels offrent actuellement ce type de services. Les huit nouveaux centres ouverts quasi simultanément en 2000 ont trouvé leur clientèle et, après une courte pose, les investissements se poursuivent ; huit centres sont actuellement en construction et neuf autres à l'étude¹⁰⁸. L'entrée de la Tunisie sur ce marché a donc certainement contribué à élargir ce marché en attirant une nouvelle clientèle.

136

Le succès de la Tunisie semble reposer sur la combinaison de tarifs compétitifs pour des prestations luxueuses et de strict standard sanitaire. Les centres de thalassothérapie dépendent en effet du ministère de la Santé, qui fixe des normes d'hygiène et en assure le contrôle. Les conditions de fonctionnement sont régies par le décret du 13 juillet 1992, qui impose en particulier la présence permanente d'un médecin et d'une infirmière dans chaque centre, ainsi que des ratios d'encadrement stricts (un kinésithérapeute pour 20 massages...). Conséquence de ces contraintes

107. Statut difficile à confirmer en l'absence de données comparatives, mais qui est probablement vérifié sur l'ensemble euro-méditerranéen.

108. Source : interviews, ministère du Tourisme, Tunis. Accor en particulier a annoncé la réalisation d'une implantation uniquement pour la thalassothérapie à Djerba (AP. 18/10/2004).

d'encadrement, l'expansion de ces centres engendre une augmentation mécanique de l'emploi pour les professions concernées. Les prix des séjours de thalassothérapie en Tunisie tournent autour de 1 000-1 200 € (vol + 1/2 pension + soins), hors période de promotion. Ce montant équivaut au coût des seuls soins dans un centre en France.

Les taux d'utilisation sont très supérieurs à ceux des hôtels : ils se situent autour de 80-90 % en moyenne annuelle pour les grands établissements. La fréquentation s'étale en effet sur l'année à l'exception, comme en France, de la période décembre-février. La rentabilité est également forte. Le directeur d'un centre indique par exemple que son hôtel, qui emploie 180 personnes, et le centre de thalassothérapie, qui en emploie 33, réalisent souvent le même chiffre d'affaires. De plus, le centre de thalassothérapie contribue pour 60 % au résultat d'exploitation contre 30 % pour l'hôtel. Ce considérable avantage de rentabilité de la thalassothérapie sur l'hôtellerie est confirmé par les autres opérateurs rencontrés¹⁰⁹. En plus des revenus directs, ils soulignent que l'intégration d'un centre de thalassothérapie à un hôtel engendre un impact très positif en termes d'image et de réputation.

L'étude prospective de la Banque mondiale sur le tourisme tunisien préconisait d'ailleurs de renforcer la filière thalassothérapie et soulignait les nombreux atouts de la Tunisie sur ce segment de marché : proximité des marchés européens (accès plus aisé que Quiberon par exemple)¹¹⁰, qualité de l'eau de mer, attractivité du climat, qualité des soins et normes strictes, compétitivité prix notamment par rapport à la France, personnel « *agréable et attentif* » (Banque mondiale, 2003)¹¹¹. La plupart de ces avantages sont génériques à l'ensemble des activités de tourisme de bien-être.

109. Source : interviews en Tunisie, automne 2004. Les proportions varient suivant les établissements.

110. L'une des faiblesses majeures des centres français, identifiées par MKG Consulting (2002) est leur localisation souvent éloignée des grands réseaux de transport, notamment aérien.

111. La principale faiblesse de la Tunisie sur ce marché était l'insuffisante connaissance du produit par les TO et agences de voyages européennes.

4.2.4. La santé, élément d'attractivité touristique pour les touristes âgés

Dans une perspective transversale, les comportements de consommation par âge présentés plus haut illustrent 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 par exemple 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 (plusieurs mois) autour d'Agadir et de Marrakech. Des difficultés similaires s'annoncent également en Égypte, où les promoteurs cherchent à attirer des retraités britanniques sur la côte Nord¹¹². Cependant, la qualité du système de santé ne constitue pas, en soi, un facteur d'attractivité touristique pour les personnes âgées. La localisation de l'accueil long de personnes âgées en Méditerranée semble d'abord obéir aux critères touristiques traditionnels. Autrement dit, un avantage relatif dans la santé permet de pérenniser (et probablement de renforcer) un avantage touristique traditionnel, mais ne s'y substitue pas.

4.3. Conclusion : les complémentarités tourisme-santé

Le tourisme et la santé sont des services destinés aux ménages et la compétitivité internationale de ces deux secteurs partage un grand nombre de facteurs communs. Le développement commercial 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. Les facteurs de compétitivité communs aux services de tourisme et de santé comprennent :

112. Source : interviews de professionnels au Caire (décembre 2004) et à Rabat (janvier 2005).

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 et le taux de change.

Mais dans le cas de la Tunisie, l'articulation entre la santé et le tourisme dépasse les synergies de ressources. Deux complémentarités fortes peuvent être identifiées. Elles prennent la forme : (i) d'un effet *pull* du tourisme sur la santé et (ii) d'un effet *push* de la santé sur le tourisme :

- (i) en premier lieu, l'attraction d'étrangers exercée par l'offre touristique génère mécaniquement des flux de patients vers les cliniques tunisiennes. L'impact direct sur l'activité des cliniques n'est pas l'enjeu principal ici. L'accumulation du nombre de patients étrangers soignés et des succès médicaux engendre des effets d'expérience et de notoriété, qui construisent la confiance dans un système de santé. Le tourisme contribue ainsi à « raccourcir » la distance psychologique entre les patients européens et l'offre tunisienne de soins. Il participe à la diffusion internationale de la réputation médicale de la Tunisie (effet *pull* du tourisme sur la santé) ;
- (ii) dans l'autre sens, le développement, la qualité et la notoriété du système de santé crédibilisent une offre touristique axée sur le « tourisme de bien-être ». Confrontée à une expansion des capacités régionales, et pour échapper à sa spécialisation bas de gamme, l'industrie tunisienne du tourisme doit mettre en œuvre une stratégie de différenciation, sous peine de continuer à subir une concurrence par les prix aux conséquences déflationnistes. Face à ses principaux concurrents, la Tunisie dispose d'un avantage relatif dans le secteur santé/bien-être, alors qu'elle est mal positionnée sur les autres axes potentiels de différenciation. Dans cette perspective, l'enjeu est de promouvoir un facteur de différenciation spécifique, pour une destination qui en manque cruellement. Étant donné le poids du tourisme, un impact économique bien supérieur aux

seules recettes des exportations médicales et connexes peut être attendu du développement et de la promotion de ces produits touristiques plus sophistiqués, s'ils favorisent l'augmentation de la recette individuelle par touriste (effet *push* de la santé sur le tourisme).

Conclusion

Dans un domaine où l'évocation est plus fréquente que l'estimation, cette recherche exploratoire aboutit à des résultats originaux sur trois plans, qui offrent un premier éclairage sur la nature et l'envergure des exportations de services de santé :

- la valeur du commerce mondial de services de santé (« mode 2 » de l'AGCS) est estimée à 12 milliards USD en 2003, ce qui représente environ 0,75 % du commerce mondial de services. Ce commerce connaît une expansion plus rapide que la moyenne des échanges mondiaux et qui semble s'accélérer, avec une croissance de 23 % par an depuis 2000. Les pays du Sud contribuent pour un tiers à ces exportations ;
- dans le cas de la Tunisie, l'ensemble des recettes en devises engendrées par le traitement de patients étrangers représente 107 millions USD en 2003, dont 55 millions USD d'exportation de services médicaux. Les exportations de services de santé et induits représentent 3,7 % des exportations totales de services. Hors tourisme, il s'agit de la quatrième branche de services la plus exportatrice. L'emploi concerné est estimé à près de 10 500 personnes, dont 5 000 personnels médicaux et paramédicaux. En Jordanie, les données disponibles indiquent que les exportations du secteur de la santé au sens strict représentent 8,1 % des

exportations de services. Les exportations de services de santé apportent donc une contribution significative au commerce extérieur et au chiffre d'affaires du secteur hospitalier privé des deux pays. Cependant, le poids de cette activité dans la production nationale demeure modeste ;

- la demande extérieure de services de santé est de nature régionale. Alors que la complémentarité entre la demande du Nord (l'Europe ici) et l'offre du Sud est forte, le commerce international de services de santé demeure orienté dans le sens Sud-Sud. La part des pays proches dans le total des patients étrangers représente 84 % en Tunisie et 87 % en Jordanie. La géographie des échanges des autres PED exportateurs semble obéir au même principe de voisinage. Des enquêtes additionnelles seront néanmoins nécessaires pour délimiter plus précisément les contours de ce marché.

Si l'avantage de coût considérable dont dispose un pays comme la Tunisie vis-à-vis de la France et de l'Europe ne se traduit pas par le développement d'un commerce international entre ces deux zones, c'est qu'il existe des barrières puissantes à ces échanges. Dans la plupart des pays riches, le niveau élevé de prise en charge collective des traitements médicaux et l'absence de portabilité de l'assurance maladie érigent une barrière majeure aux importations de services de santé. Les perspectives d'échanges internationaux sont moins marginales pour les soins et traitements qui échappent à ce filet d'assurance maladie ; mais cette gamme de services est étroite. L'importance de la confiance et de la réputation, ainsi que le niveau très élevé des coûts de transaction, constituent également des freins aux échanges dans le secteur de la santé.

Des gains importants peuvent être attendus d'une réduction de ces barrières aux échanges Nord-Sud de services de santé. Au Nord, ces importations peuvent notamment contribuer à ralentir la croissance des dépenses de santé. Au Sud, au-delà des recettes directes, l'un des principaux enjeux du développement d'une activité d'exportation est sa contribution à l'accumulation de capital humain par le renforcement

de l'attractivité du système de santé local et la réduction du risque de *brain drain* médical, due à l'augmentation du coût d'opportunité du départ.

Enfin, la compétitivité du secteur santé ouvre un potentiel de diversification de l'offre touristique vers les prestations de bien-être, qui attirent une part croissante de la demande européenne. Cette relation s'appuie sur une double complémentarité entre le tourisme et la santé : d'une part, la réputation du système de santé crédibilise une offre touristique axée sur le « tourisme de bien-être » et, d'autre part, l'attraction d'étrangers exercée par l'offre touristique génère mécaniquement des flux de vacanciers vers les cliniques locales qui, de retour en Europe, constituent de précieux vecteurs d'image. La Tunisie s'est en partie engagée dans cette direction. Une stratégie de différenciation plus déterminée, articulée à une gamme intégrée de services, peut contribuer à la montée en gamme de la destination Tunisie sur le marché du tourisme euro-méditerranéen. Cependant, un avantage dans le secteur de la santé permet de pérenniser, et probablement de renforcer, un avantage touristique traditionnel, mais ne s'y substitue pas.

Deux directions de recherche apparaissent dans le prolongement de cette étude :

- au niveau pratique, il est urgent de réorienter les travaux en cours sur le commerce des services de santé vers des enquêtes de terrain. En effet, l'écrasante majorité des recherches actuelles, souvent à l'initiative de l'OMS, se concentre sur les risques et les conséquences de ces échanges pour la qualité, l'accès et l'équité des systèmes de santé des pays exportateurs. Mais l'ampleur réelle du phénomène demeure très mal connue ; la plupart des chiffres diffusés tiennent plus de la rumeur, du bruit ou de l'auto-promotion que de l'estimation sérieuse.

Dans ce contexte, il apparaît donc indispensable de mettre en œuvre une stratégie de construction de l'information et de mesure des échanges

internationaux de services de santé. Il s'agit d'un préalable incontournable à l'analyse des effets de ce commerce sur les systèmes de santé nationaux.

En l'absence de statistiques suffisantes et étant donné les délais nécessaires pour harmoniser le contenu des déclarations des pays au FMI, une méthode rapide et relativement peu coûteuse pour évaluer ce commerce consisterait à réaliser un ensemble d'études de terrain sur une douzaine de pays exportateurs. La constitution de cette première base de données permettrait de recalibrer les statistiques collectées par les organismes internationaux et de construire des séries plus complètes. Une attention particulière aux pays de l'UE serait justifiée en raison des possibilités particulières de portabilité à l'intérieur de cette région ;

- à un niveau plus théorique, des données complémentaires, et fiables, permettraient de vérifier l'existence du principe de voisinage et la nature régionale de l'avantage comparatif, qui orientent la géographie des échanges internationaux de services de santé.

Annexe : Profils d'exportateurs émergents

Les bases de données statistiques sont insuffisantes pour que leur croisement permette d'identifier les caractéristiques des exportateurs de services de santé et les facteurs explicatifs de ses exportations. Elles doivent être complétées par des enquêtes de terrain qui, seules, peuvent alimenter une analyse approfondie de ces différents facteurs. Mais elles sont rares. En revanche, les documents et articles s'appuyant sur des informations secondaires, ou ne s'appuyant sur aucune donnée, sont plus nombreux. Cependant, l'écart entre l'information diffusée et la réalité du commerce de services de santé, constaté dans le cas de la Tunisie et de la Jordanie, invite à une grande prudence dans l'utilisation de ce type de sources. Cette présentation du profil de quelques pays exportateurs s'appuie sur des documents et informations de cette nature, par défaut.

145

La liste de ces exportateurs est encore assez courte. Seul un petit nombre de pays émergents ont un objectif de développement du tourisme médical. Mais ils se répartissent sur l'ensemble du globe : en Amérique latine (Cuba, Costa Rica, Brésil), en Asie (Singapour, Malaisie, Thaïlande), en Europe de l'Est (Hongrie, Pologne, Lituanie), dans la région MENA (Israël, Jordanie, Turquie et maintenant Tunisie) et même en

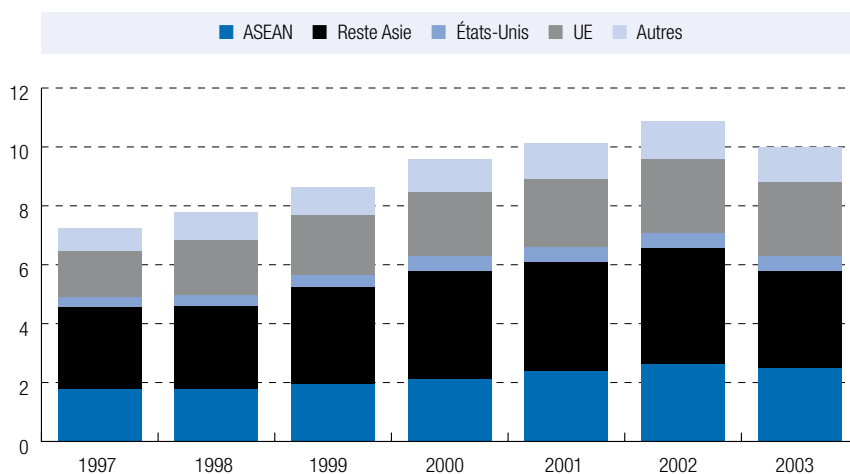
Afrique (Afrique du Sud). Cette liste n'est pas exhaustive et devrait être confirmée par des enquêtes. Les activités respectives (volume, nature) et les informations disponibles dans les différents pays sont assez disparates. Nous ne présentons donc ici que les « profils » de certains de ces exportateurs.

a) Thaïlande

Peuplée de 64 millions d'habitants, la Thaïlande est caractérisée par un revenu *per capita* proche de celui de la Tunisie. Cette économie ouverte (commerce extérieur équivalent au PIB) a appuyé son développement sur des exportations agricoles, relayées depuis 20 ans par la confection, puis par l'électronique et l'automobile.

En Asie, la Thaïlande est la deuxième destination touristique, mais la première pour les Européens et les Américains. Le pays a accueilli 10 millions de touristes en 2003, dont 6 millions en provenance d'Asie et 2 millions d'Europe. La croissance des entrées (+ 25 % depuis 1990) a ralenti depuis quelques années en raison de plusieurs

Graphique 25.
Entrées et origines des touristes en Thaïlande (en millions)



Source : Autorité du tourisme de Thaïlande (TAT).

chocs exogènes (11 septembre, épidémie de SRAS, grippe aviaire) et la durée des séjours n'a pas varié (8 jours en moyenne). Les revenus du tourisme ont été de 8 milliards USD en 2003, soit la moitié des exportations totales de services.

Les dépenses de santé (3,7 % du PIB dont 2,1 % de dépenses publiques) représentent 100 dollars par habitant. Avec une dépense similaire à celle observée en Tunisie, les indicateurs de santé de la Thaïlande sont proches ou inférieurs (espérance de vie). Par ailleurs, la densité médicale est deux fois moins élevée qu'en Tunisie.

Dans les années 1990, le secteur hospitalier privé s'est étendu très rapidement dans un contexte de surchauffe économique. Les cliniques ont investi dans des équipements lourds et sophistiqués. Le secteur privé est devenu un acteur majeur du système de santé et on recense actuellement 471 hôpitaux privés, dont les plus grands ont des chiffres d'affaires très importants. La crise de 1997 a provoqué une rupture, car la demande solvable des cliniques s'est effondrée. Contraint aux économies budgétaires, l'État a réformé l'assurance sociale des fonctionnaires et a supprimé la possibilité de remboursement des soins reçus dans des cliniques privées. Réagissant à l'effondrement de leur marché, les cliniques ont cherché de nouveaux débouchés et 33 établissements offrent des soins à des patients étrangers ou à des expatriés. Ces exportations sont appuyées par le gouvernement qui en a fait une priorité : il souhaite faire de la Thaïlande un pôle d'exportation de services de santé en Asie.

147

La Thaïlande est donc probablement le pays asiatique qui a le plus développé le tourisme médical. Selon le département des exportations du ministère du Commerce, le nombre de patients étrangers venus en 2002 pour suivre un traitement dans des cliniques privées atteignait 632 000 et 730 000 en 2003¹¹³. Ces entrées de patients auraient généré près de 500 millions de dollars de recettes – soit 700 dollars en

113. Source : N. Aungkasuvapala, *Director General, Department of Health services support, Ministry of Public Health, Bangkok*, « Thailand as health tourism hub of Asia », www.tatnews.org/emagazine/1983.asp#a

moyenne par patient – ce qui représenterait l'équivalent de 6 % des recettes du tourisme et 3 % des exportations de services. Parmi ces entrées, on recensait 189 000 expatriés en poste en Thaïlande, 376 000 patients venant de pays voisins et 63 000 patients européens (tableau 30). Par ailleurs, le même document évalue à 200 000 le nombre de touristes qui ont subi une intervention durant leur séjour en Thaïlande. Une autre source indique un flux de 470 000 entrées de patients étrangers en 2001, à partir d'une enquête du département des exportations réalisée auprès de sept hôpitaux (Wibulpolprasert *et al.*, 2004). D'après cette dernière enquête, l'offre à l'exportation serait très concentrée puisqu'un seul de ces hôpitaux aurait traité 200 000 patients. Il s'agit de l'hôpital Bumrungrad à Bangkok, qui constitue le fleuron de cette nouvelle niche d'exportation. Il dispose de 554 lits, de 200 médecins formés aux États-Unis et de chambres particulièrement luxueuses, spécifiquement destinées aux patients étrangers. Il aurait traité 350 000 patients étrangers en 2004, pour un chiffre d'affaires de 8 milliards Baht¹¹⁴.

Tableau 30.
Les entrées de patients étrangers en Thaïlande en 2002

Origine	Nombre	%
Asie	378 000	59
Expatriés résidents	189 000	30
Européens	63 000	10
Total	632 000	100

Source : Department of Export Promotion, Ministry of Commerce.

Le traitement de patients étrangers augmente sans aucun doute en Thaïlande, mais l'absence de portabilité de l'assurance maladie dans de nombreux pays réduit les perspectives de croissance du secteur. La Thaïlande bénéficie sur ce plan d'un avantage

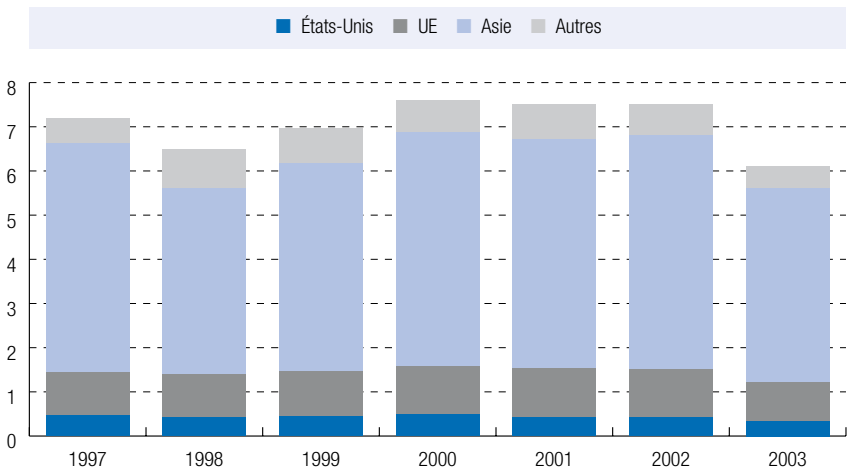
114. Sources : *Panorama du médecin* 04/10/2004 ; *The Nation*, Bangkok, 16/05/2005. Une émission diffusée aux États-Unis (sur CBS le 24/04/2005) a considérablement accru la notoriété internationale de cet établissement. Contacté par e-mail, le service commercial de cet hôpital a refusé de fournir l'origine géographique des patients étrangers.

potentiel par rapport aux exportateurs de la périphérie européenne, puisque le système d'assurance maladie du Japon autorise le remboursement des traitements à l'étranger jusqu'à un plafond de 70 %¹¹⁵. Les quelques données sur la provenance géographique des patients en Thaïlande n'indiquent cependant pas d'afflux de patients japonais. La Thaïlande, qui cherche à attirer « les tempes grises » japonaises, a par ailleurs facilité l'obtention de visas de résident pour les Japonais de plus de 60 ans.

b) Singapour

Ville-État de 4 millions d'habitants, Singapour a un niveau de développement et un état de santé comparable à celui des pays de l'OCDE. Enclave chinoise au sein du monde malais, cet ancien entrepôt colonial s'est transformé en une économie développée classée parmi les plus compétitives. Singapour a appuyé son développement sur l'industrie (électronique, chimie et biotechnologies) et les services

Graphique 26.
Les entrées de touristes à Singapour



Source : EDB.

115. Wibulpolprasert *et al.* (2004).

(finances, transport, tourisme), à l'origine de 63 % du PIB et de 76 % des emplois : les exportations de services représentent un tiers du PIB (30 milliards USD en 2002).

Singapour attire 6,1 millions de touristes (2003) dont 4,4 millions d'Asie, 0,8 million d'Europe et 0,3 million des États-Unis. Ces entrées, particulièrement celles en provenance des autres pays asiatiques, ont diminué depuis la crise. Les séjours des touristes sont d'assez courte durée. Les dépenses des touristes sont évaluées à 3,3 milliards USD (2002), soit l'équivalent de 9,4 % des exportations de services.

Les dépenses de santé atteignent 4 % du PIB, dont 2,6 % sont à la charge des ménages. Le secteur de la santé emploie 47 000 salariés, dont 23 000 dans les hôpitaux et 15 000 dans les cliniques¹¹⁶. Il réalise un chiffre d'affaires de 3 milliards USD et dégage une valeur ajoutée de 1,8 milliard USD, soit 2 % du PIB.

Tableau 31.
Structure de l'offre de santé à Singapour (2002)

	Privé	Public	Total
Médecins	2 809	2 586	5 395
Généralistes	1 953	1 550	3 503
Spécialistes	856	1 036	1 892
Hospitalisations	82 500	305 532	388 032
Hospitalisations / spécialiste	96	295	205

Source : ministère de la Santé, Singapour.

Le système hospitalier comprend 49 hôpitaux (27 publics et 22 privés) qui offrent une capacité totale de 11 000 lits. En 2003, ces hôpitaux ont hospitalisé 392 000 patients dont 71 % dans le public et 29 % dans le privé. Avec un total de 5 395 médecins, dont un tiers de spécialistes, Singapour a une densité médicale de 1/600 habitants.

116. Les dépenses de personnel représentent 43 % des dépenses d'exploitation (*Department of Statistics*, 1999).

Le secteur privé rassemble des cabinets et de nombreuses petites cliniques, mais il est dominé par de grands établissements qui appartiennent souvent à des groupes. Les deux plus importants sont *Parkway Holdings* et *Raffles Medical*, qui possèdent 60 cliniques à Singapour et ont investi dans d'autres pays asiatiques.

Le système de santé de Singapour propose des soins de qualité aux patients les plus fortunés des pays voisins et aux expatriés des entreprises multinationales en Asie. Le système de santé singapourien offre toutes les possibilités de traitement. Les patients étrangers viennent pour des opérations de chirurgie générale, d'ophtalmologie, de gynécologie, d'urologie, de cardiologie et d'orthopédie. Les enquêtes indiquent également que les hôpitaux privés attirent 80 % des patients étrangers soignés dans la ville-État.

La bonne santé financière de Singapour l'a abritée des conséquences directes de la crise asiatique mais la ville-État a été affectée par les difficultés de ses voisins qui ont provoqué une baisse des entrées de la clientèle asiatique. Ce revers a entraîné une prise de conscience de l'importance de cette activité pour le secteur de la santé de Singapour.

Les entrées de patients étrangers ont fait l'objet de plusieurs estimations, dont les résultats sont assez éloignés les uns des autres¹¹⁷.

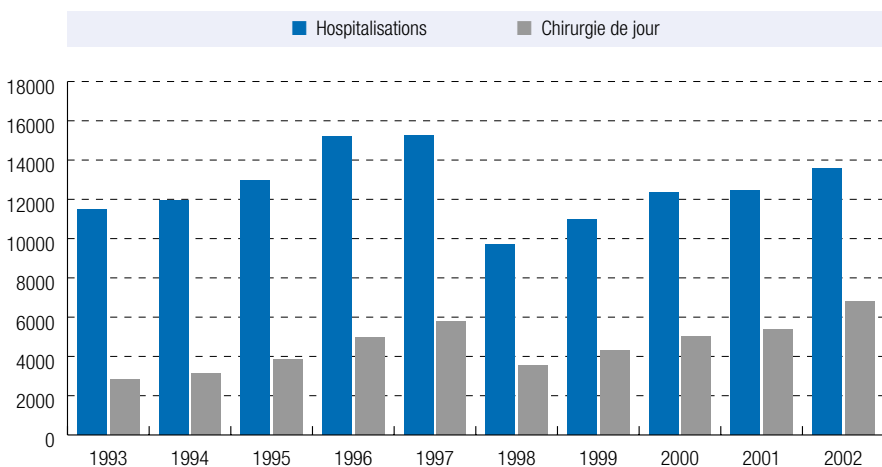
151

Une enquête de l'Office du tourisme de Singapour, réalisée auprès d'un échantillon de touristes, a évalué à 150 000 le nombre d'étrangers qui sont venus à Singapour en 2000 pour consulter un médecin ou subir un traitement. Ce flux représente 2 % des entrées totales de touristes et il aurait engendré une dépense locale de 200 millions USD, soit 6 % des recettes du tourisme.

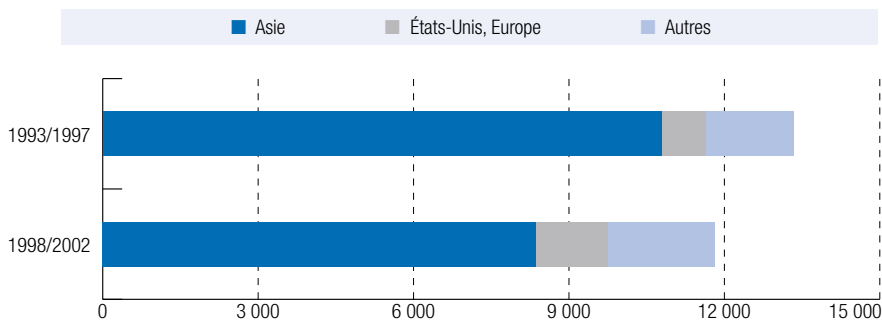
117. Les informations sur les exportations de services de santé et les perspectives dans ce domaine proviennent principalement des documents suivants : *Economic Development Board*, 2003 ; Khoo, 2003 ; *Ministry of Trade and Industry*, « *Developing Singapore as the compelling hub for healthcare services in Asia* ».

Le ministère de la Santé, qui base ses estimations sur les admissions de patients, arrive à des résultats très inférieurs à ceux de l'Office du tourisme : selon ses statistiques (graphiques 27 et 28), le nombre de patients étrangers hospitalisés aurait atteint 16 000 en 1996 auxquels s'ajoutent 5 000 patients ambulatoires. Ce nombre a chuté depuis la crise de 1997 qui a tout particulièrement affecté l'Indonésie, d'où provenait le plus important contingent de patients étrangers.

Graphiques 27, 28.
Les patients étrangers à Singapour



152



Source : ministère de la Santé.

Selon les données du ministère de la Santé¹¹⁸, les exportations de santé apparaissent massivement dirigées vers les pays de l'ASEAN ; les patients indonésiens et malais représentent en effet près des trois quarts des entrées :

- sur les 6 800 patients qui ont bénéficié de soins légers (moins d'un jour), plus de 85 % étaient originaires de pays de l'ASEAN ;
- sur les 13 500 patients étrangers hospitalisés à Singapour en 2002, 63 % étaient originaires d'Indonésie ou de Malaisie. Seulement 6 % provenaient de pays (Japon, États-Unis, Australie et Nouvelle-Zélande) disposant d'un système de santé performant. Même si leur nombre a augmenté de 1993 à 2000, il demeure encore très faible.

Les extrapolations réalisées à partir des données de l'Office du tourisme conduisent à un pourcentage encore plus élevé (84 %) de patients étrangers originaires d'Indonésie ou de Malaisie.

Singapour a engagé une véritable stratégie de promotion des exportations de santé depuis 1998. L'EDB (*Economic Development Board*) a appuyé sa stratégie sur sa projection de la demande régionale, qui augmentera rapidement sous les effets combinés de la croissance démographique, de l'allongement de la durée de vie et de l'augmentation des revenus. A l'issue des travaux d'un groupe de travail, l'EDB, l'Office du tourisme et l'agence de promotion économique nationale ont lancé *Singapore Medicine*, pour promouvoir Singapour comme le centre international de santé en Asie. L'État a investi 1 million USD dans ce projet de promotion. La nouvelle agence a un rôle d'information et d'orientation des clients potentiels. D'autres mesures ont été annoncées, parmi lesquelles la diffusion par le ministère de la Santé des indications de prix par établissement hospitalier pour 70 opérations les plus courantes¹¹⁹ ;

118. Leslie Khoo : *Trends in foreign patient admission in Singapore*, MOH, informations paper, 2003.

119. L'information comprend, pour chaque établissement, le nombre de patients qui ont suivi le traitement, la durée du traitement et des indications sur les prix par établissement : le prix moyen dans 50 % des cas et le prix moyen dans 90 % des cas.

l'établissement de centres *one stop* dans les pays capables de répondre aux questions logistiques et médicales ; l'accueil de conférences internationales sur la santé et l'invitation de médecins étrangers pour les familiariser avec le système de soins de Singapour et accroître la notoriété médicale du pays.

L'initiative singapourienne privilégie les patients d'Asie et du Proche-Orient. L'objectif est de prendre 3 % du marché asiatique de la santé en accueillant 1 million de patients à l'horizon 2012. A cette date, le tourisme médical susciterait la création de 13 000 emplois pour une valeur ajoutée de 2,8 milliards de dollars de Singapour.

c) Malaisie

L'expérience de Singapour et de la Thaïlande a amené la Malaisie à s'engager dans cette activité. Le concept de tourisme médical y a été introduit au moment de la crise asiatique par le gouvernement à la recherche de nouvelles activités à développer.

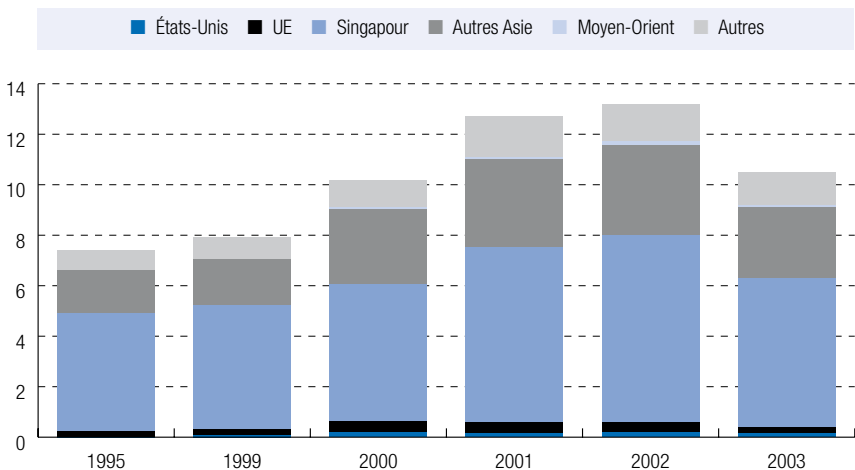
Peuplée de 25 millions d'habitants, la Malaisie a réussi à combiner l'exploitation de ressources naturelles (plantations, mines) et la promotion des exportations manufacturières en attirant des investisseurs étrangers dans l'industrie électronique. Dans cette économie très ouverte, le revenu par habitant atteint 9 500 dollars (parité de pouvoir d'achat), un niveau proche de celui des pays d'Europe centrale et orientale (PECO).

Les dépenses de santé représentent 3,9 % du PNB dont 2,1 % pris en charge par l'État. On recense un total de 8 700 médecins dans le secteur public et de 6 700 dans le secteur privé, soit une densité médicale de 1 pour 1 400 – inférieure à celle de la Tunisie. L'offre de santé est constituée de 224 hôpitaux privés (9 098 lits) et de 127 établissements publics (34 000 lits).

En Malaisie, comme ailleurs en Asie, l'épidémie du SRAS a provoqué une chute des entrées de touristes en 2003 : 10,5 millions au total, dont 6 millions de Singapour et

2,8 millions d'autres pays asiatiques. Les entrées d'Européens (270 000) et d'Américains ont connu la chute la plus marquée. L'épidémie a également stoppé l'arrivée de touristes du Moyen-Orient, qui augmentait rapidement jusqu'en 2002. Les revenus du tourisme ont néanmoins représenté 5,6 milliards USD en 2003, l'équivalent de 40 % du total des exportations de services.

Graphique 29.
Les entrées de touristes en Malaisie



Source : ministère du Tourisme.

155

Les flux de patients étrangers font l'objet d'évaluations assez divergentes¹²⁰ :

- les documents préparatoires du VIII^e Plan indiquent qu'entre janvier 1998 et juin 2000, 400 000 patients étrangers auraient visité la Malaisie pour s'y faire soigner. Ce flux représente un peu moins de 2 % des entrées de touristes au cours de la même période. Selon la même source, les recettes des exportations de services de santé auraient représenté 40 millions de dollars en 2002 soit moins

120. Principales sources utilisées sur ce point : sites Internet de l'Association of Private Hospitals of Malaysia, du ministère de la Santé (discours au Golden Horse, juillet 2004) ; Malaysia Institute for Economic research, « Health tourism to drive earnings », 2003. VIII^e Plan malaisien.

de 1 % des recettes de tourisme. Un peu plus de la moitié des patients étrangers proviendraient d'Indonésie et de la grande majorité des pays de l'ASEAN qui ne disposent pas de systèmes de santé performants. Les patients sont attirés par les niveaux de prix des opérations mais également par l'absence de délais pour les opérations ;

- une enquête du ministère de la Santé, réalisée auprès des hôpitaux qui sont intégrés au plan santé, a conduit à une estimation de 100 000 patients étrangers et 15 millions USD en 2003¹²¹ – des résultats considérés comme une sous-évaluation ;
- une enquête du *Malaysia Institute of Economic Research* auprès de 13 hôpitaux privés a montré que le nombre de patients étrangers serait passé de 33 000 à 77 000 de 1998 à 1999. La grande majorité des patients identifiés est originaire du Sud-Est asiatique, principalement d'Indonésie.

Quel que soit le niveau réel des exportations de services de santé, il devrait augmenter à l'avenir, car la Malaisie a défini une politique de promotion assez cohérente dans ce domaine et, surtout, elle dispose des institutions capables de la mettre en œuvre.

156

Un comité national pour le tourisme de santé a été créé dès 1997. Il a lancé une campagne de promotion qui visait les patients étrangers et leur famille. Le tourisme médical est l'une des priorités du secteur du tourisme dans le VIII^e Plan malaisien. Les pays du Sud-Est asiatique, mais aussi ceux du Moyen-Orient, sont considérés comme les cibles potentielles de la Malaisie qui espère capitaliser sur sa proximité religieuse pour attirer des patients de pays à revenu élevé. Les principales prestations identifiées comprennent les *check up*, les pontages cardiaques et l'orthopédie (prothèses de hanche et de genou). La Malaisie se positionne en fait sur les mêmes services que Singapour, mais à des prix plus compétitifs.

121. Cité par le ministre de la Santé, discours du 19 juillet 2004 (site du ministère de la Santé).

Le Plan a ciblé 44 hôpitaux (soit 7 065 lits) adaptés au tourisme médical. Certains de ces établissements ont lancé des programmes de promotion, ont été accrédités ou ont obtenu une certification ISO. Par ailleurs, le gouvernement a décidé de promouvoir le tourisme médical dans les îles de Langkawi et de Labuan.

d) Autres exportateurs de services de santé

En Asie, l'**Inde** est désormais un pays qui affiche des objectifs ambitieux pour l'exportation de services de santé.

Avec une densité de 51 médecins pour 100 000 habitants, l'Inde se situe à un niveau d'encadrement moyen supérieur à celui de la Thaïlande mais inférieur à la Tunisie ou à la Jordanie. Les dépenses de santé ne représentent que 80 USD par habitant (2001) en parité de pouvoir d'achat, dont plus de 80 % est financé par les ménages, et la distribution des soins est caractérisée par un net dualisme. Mais le pays dispose d'une masse critique de ressources médicales avec 500 000 médecins, soit plus de 5 % du total mondial (source OMS), et un grand nombre de spécialistes réputés. Les universités indiennes forment actuellement 20 000 médecins et 30 000 infirmières par an.

Les perspectives d'exportation reposent sur l'avantage comparatif dont semble disposer le secteur des cliniques privées en Inde. Pour la plupart des opérations, les coûts indiens sont en effet inférieurs d'environ 30 % à ceux de la Thaïlande et trois à cinq fois inférieurs à ceux des États-Unis ou du Royaume-Uni (tableau 32).

Tableau 32.
L'avantage-coût de l'Inde

Opérations / coût (USD)	Inde	Thaïlande	États-Unis	Royaume-Uni
Chirurgie cardiaque	6 000	7 500	40 000	23 000
Prothèse du genou	6 000	8 000	20 000	12 000
Chirurgie esthétique	2 000	3 500	20 000	10 000

Source : McKinsey.

Alors que plusieurs études ont été réalisées sur les flux sortants de personnel médical (*brain drain*), on ne dispose pas d'estimation globale des flux entrants de patients étrangers. Les cliniques et hôpitaux indiens bénéficieraient d'entrées régulières de patients des pays voisins (50 000 par an du Bangladesh, pour une dépense de 1 million USD d'après Chanda, 2002) et de nombreux Indiens expatriés en Europe et aux États-Unis profiteraient de leur séjour dans leur pays d'origine pour suivre des traitements médicaux.

Au niveau micro, on observe une orientation marquée à l'exportation de plusieurs hôpitaux privés. Une enquête auprès de certains des établissements privés les plus modernes avait estimé la proportion de patients étrangers à 5 %, provenant surtout d'autres pays en développement (Gupta *et al.*, 1998). Le groupe privé *Apollo Hospitals* serait l'un des principaux exportateurs de santé. Il dispose d'une capacité de 6 400 lits répartis sur 37 établissements ; 20 000 patients étrangers y seraient accueillis chaque année¹²².

Si le stock de ressources médicales particulièrement compétitif et un environnement régional favorable représentent des atouts pour l'Inde, le décollage des exportations de services de santé demeure freiné par l'impact dissuasif sur les marchés extérieurs du trop faible niveau des indicateurs de santé publique.

158

Parmi les PED, **Cuba** a construit de longue date un avantage comparatif dans le secteur de la santé qui s'est notamment traduit par des flux réguliers d'expatriation de médecins et d'infirmières. La réputation d'abondance et de qualité dans le domaine médical de ce précurseur est établie depuis longtemps : à Cuba, la densité d'infirmières dépasse le niveau de la France, celle des médecins est presque deux fois supérieure et les indicateurs de santé publique sont très bons.

122. *Wall Street Journal*, 26/04/2004. Voir aussi *The Economist*, 07/10/2004 ; *Washington Post*, 21/10/2004 ; « Inde, le business du tourisme médical », *Le Point*, 09/12/2004.

L'orientation vers l'exportation de services de santé a été prise plus récemment, dans la continuité de l'ouverture au tourisme de masse. D'après des informations citées dans Chanda (2002), 25 000 patients étrangers se seraient rendus à Cuba pour un traitement médical en 1995-1996. Cette activité aurait engendré 25 millions USD de recettes. En 1998, elles atteignaient 30 millions USD, mais le nombre de patients avait diminué à 5 000¹²³. Cet ordre de grandeur de 5 000 patients étrangers par an est le plus plausible car il est également indiqué par deux autres sources¹²⁴. Ces patients proviennent de la région : Caraïbes et Amérique latine.

Le gouvernement cubain a créé un organisme spécifiquement destiné à promouvoir les exportations de services de santé et à articuler cette activité à l'offre touristique du pays. Cet organisme disposerait de représentations commerciales dans les grands pays latino-américains.

L'Europe centrale semble devenir une région particulièrement dynamique dans l'exportation de services de santé. Dans certains PECO comme la Pologne, la Lituanie ou la Hongrie, la compétitivité de l'offre de soins attire des patients des pays voisins, à la fois dans le sens « Nord-Sud », (d'Allemagne en Pologne, par exemple), mais également dans le sens « Sud-Nord » plus traditionnel (d'Ukraine en Pologne). L'élargissement des possibilités de remboursement des assurés sociaux européens aux soins reçus dans tous les pays de l'UE ouvrirait de fortes perspectives de croissance dans les régions frontalières, au-delà des créneaux qui émergent actuellement comme la dentisterie et l'esthétique.

123. Drager et Vieira, 2002, p. 131.

124. « *Foreigners flock to Cuba* », *British Medical Journal*, mai 2001 ; DREE, « Le système de santé à Cuba », 08/12/2004. Le document de la DREE évoque le chiffre de 23 millions USD de recettes annuelles.

Bibliographie

- Achouri, H. (2004), *Tunisia, Health Services and GATS*, WHO-EMRO Workshop, Hammamet.
- Achouri, H. et Achour, N. (2002), "Health services in Tunisia in the light of WTO agreements", in Drager et Viera (dir. pub.).
- Achy, L. (2004), *Morocco and WTO Health-related Agreements*, Draft Paper, octobre.
- Arrow, K.-J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, vol. 53.
- Auray, J.-P. et Duru, G. (1995), « Le secteur santé au sein de la structure productive française », *Revue d'économie financière*, n° 34.
- Banque centrale de Tunisie (2004), *Rapport annuel 2003*, juin, Tunis.
- Banque mondiale (2003), *Stratégie de développement touristique en Tunisie*, février, Washington D.C.
- Belloq, F.-A. (2003), *Régimes de croissance et chocs macro-économiques en Méditerranée. Une analyse des disparités intra-régionales*, Rencontres euro-méditerranées 2003, Rabat.
- Benavides, D.-D. (2002), "Trade Policies and Export of Health Services: a Development Perspective", in Drager et Vieira, (dir. pub.).
- Bocognano, A et Raffy-Pihan, N. (1999), *La valeur ajoutée du champ de la santé*, Actes du colloque Économie et santé, éditions. Fondation Rhône-Alpes Futur.

- Bocognano, A. et Raffy-Pihan, N. (1997), *La valeur ajoutée du champ de la santé. Évolution 1984-1993*, CREDES, Paris.
- Brosk, H. et al. (2000), *Jordan National Health Accounts*, Technical Report No. 49, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc, Mars, Bethesda, MD.
- Camacho Ballesta (2001), "Productivity of the Service Sector: a Regional Perspective", *Service Industries Journal*, pp. 123-148.
- Carey, S. et Gountas, Y. (1997), "Tour Operators and Destination Sustainability", *Tourism Management*, 18.
- Chambaretaud, et Lequet-Slama, (2002), « Managed Care et concurrence aux États-Unis, évaluation d'un mode de régulation », *Revue française des affaires sociales*, n° 1.
- Chanda, R. (2002), "Trade in Health Services", *Bulletin of the WHO*, 80 (2).
- Chevallier, A, Unal, Kesenci, Deniz, (2001), *La productivité des industries méditerranéennes*, Document de travail CEPII n° 16, décembre.
- Chokri, A. et Achour, N. (2004), *National Health Accounts Tunisia 2000*, ministère de la Santé publique, Tunis.
- 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.
- Crouch, G.-I. et Ritchie, J.-R., & G.I. (1993), *Competitiveness in International Tourism: A Framework for Understanding and Analysis*. Proceedings of the 43rd Congress, Association internationale des experts scientifique, de tourisme San Carlos de Bariloche, octobre, Argentine.
- Didaskalou, E.-A. et al. (1999), "The Development Prospects for Greek Health Tourism and the Role of the Bioclimate Regime in Greece", *Working Paper*, université de Freiburg (<http://www.mif.uni-freiburg.de/isb/ws2/report/didaskalou.pdf>).

- 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, Genève.
- Drager, N. et Vieira, C. (dir. pub.) (2002), *Trade in Health Services: global, regional and country perspectives*, Pan American Health Organisation, Washington.
- DREE (2004), *Le tourisme au Maroc : acteurs, perspectives nationales et régionales*, Mission économique de Casablanca, octobre, Casablanca.
- DREE (2001), *Le tourisme en Égypte*, Les Notes des postes d'expansion économiques, février, Casablanca.
- DREES (2003), *Comptes nationaux de la santé 2002*, La Documentation française, Paris.
- Economic Development Board (2003), *The Health Sector in Singapore*, Singapour.
- Fakhouri, G. et Okour, R.-A. (2004), *Trade in Health Services: Jordan Case Study*, WHO-EMRO, version provisoire, novembre, Genève.
- Fenina, A. (2001), « Les comptes de la santé en 2000 », *Études et résultats* n° 132, DREES.
- Gadrey, J. (2003), *Socio-économie des services*, éditions Repères La Découverte, Paris.
- Gadrey, J. et Zarifian, (2002), *L'émergence d'un modèle du service : enjeux et réalités*, éditions Liaisons.
- Grennan, T. (2003), "A Wolf in Sheep's Clothing? A Closer Look at Medical Tourism", *Medical Ethics*, vol. 1, n° 1.
- Gobrecht, J. et al. (2004), "Measuring Trade in Health Services", *Globalization, Trade and Health Working Paper series*, juillet, OMS.
- Gupta, I. et al. (1998), *The case of India*, in UNCTAD et WHO, 1998.
- Hachouri, H. (2004), *Tunisia Health Services and GATS*, séminaire WHO-EMRO, juin, Hammamet.

- Harahsheh, S.-S. (2002), *Curative Tourism in Jordan and its Potential Development*, MA Thesis, Bournemouth University, Bournemouth.
- International Trade Center (2004), *Évaluation des exportations de services tunisiens et de leur évolution, de 1998 à 2003*, Rapport final, Genève.
- Jacobzone, S. (1999), "Ageing and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives", Labour market and social policy, *Occasional Papers* n° 38, OCDE, Paris.
- Janjaroen, W.S. et Supakankunti S. (2002), "International Trade in Health Services in the Millennium: the Case of Thailand", in Drager et Vieira (dir. pub.).
- Johansen, T. et al. (1991), *Health resources in Norway and Sweden*, World Tourism Education and Research Centre, juillet, université de Calgary.
- Karsenty, G. (2001), *International Trade in Services Statistics and Trade in Health services*, WTO, Genève.
- Khoo, L. (2003), *Trends in Foreign Patient Admission in Singapore*, Ministry of Health Information Paper 2003/1, Singapour.
- Kronfol, N.-M. (2005), *The Trade in Health Services: Lebanon as a case study*, version provisoire, WHO-EMRO, février.
- Leufken, H. et al. (1994), "Scenario Analysis of the Future of Medicines", *British Medical Journal*, 29 octobre.
- Lohmann, M. et Danielsson, J. (2004), *How to get the future of tourism out of today's consumer surveys - Prospects for senior and kids travel in Germany*, 7th International Forum on Tourism Statistics, juin, Stockholm.
- Majnoni d'Intignano, B. (2001), *Économie de la santé*, PUF, Paris.
- Malaysia Institute for Economic Research (2002), *Health Tourism to Drive Earnings*, Kuala-Lumpur.
- Medlik, S. (1995), *Managing tourism*, Butterworth Heinemann, Oxford.
- Ministère de la Santé de Jordanie et OMS (2002), *Health in Jordan*, version provisoire, Amman.

- Ministry of Trade and Industry (2003), *Developing Singapore as the Compelling Hub for Healthcare Services in Asia*, Singapour.
- MKG Consulting (2002), *Le marché du bien-être et de la remise en forme avec l'eau*, AFIT, Paris
- Mueller, H. et Kauffman, E.-L. (2001), "Wellness Tourism: Market Analysis of a Special Health Tourism Segment and Implications for the Hotel Industry", *Journal of Vacation Marketing*, janvier, vol. 7 n° 1.
- OCDE (2004), *Statistiques de l'OCDE sur les échanges de services*, 2 volumes, OCDE Paris.
- OCDE (2003), *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experiences*, Economic Department Working Paper n° 374, Paris.
- OCDE (1998), *The Macroeconomic Implications of Ageing in a Global Context*, Economic Department Working Paper n°. 193, Paris.
- OCDE (1997), *Services : statistiques sur la valeur ajoutée et l'emploi*, OCDE, Paris.
- OMC (1998), *Services de santé et services sociaux*, Note d'information du secrétariat, Conseil du commerce des services, septembre, Genève.
- OMS (2003), *Country Co-operation Strategy with the Hashemite Kingdom of Jordan 2003-2007*, WHO Amman.
- Outreville, J.-F. (2002), *The Health Insurance Sector: Market Segmentation and International Trade in Health Services*, dans Drager et Vieira (dir. pub.).
- Piatecki, C. et Ulmann, P. (1995), « Croissance endogène et santé », INSEE, *Méthodes* n° 64-65, mars, Paris.
- Pollock, A. et Willims, P. (2000), "Health Tourism Trends: Closing the Gap between Health Care and Tourism", in Granter, W. et Lime, D. (dir. pub.), *Trends in Outdoor Recreation, Leisure and Tourism*, CAB Publishing, Oxon, Royaume-Uni.
- Porter, M.-E. (1990), *The Competitive Advantage of Nations*, MacMillan, Londres.
- Rodrik, D. (1999), *The New Global Economy and Developing Countries*, ODC.

- Sandron et Gatineau (2003), *La transition de la fécondité en Tunisie*, l'Harmattan, Paris.
- Smith, R.-D. (2004), "Foreign Direct Investment and Trade in Health Services: A Review of the literature", *Social Science and Medecine*, 59.
- Timmermans, K. (2004), "Developing Countries and Trade in Health Services: Which way is forward?", *International Journal of Health Services*, vol. 34, n° 3.
- UNCTAD et WHO (1998), *International Trade In Health Service - A Development Perspective*, OMS, Genève.
- UNCTAD (2003), *Trade and Development Report 2003*, Genève.
- Wasserman, E. (2002), "Trade in Health Services in the Region of the Americas", in Drager et Vieira (dir. pub.).
- Weiler, B. et Hall, C.-M. (1992), *Special Interest Tourism*, Belhaven Press, Londres.
- 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, juin.
- Widiatmoko, D. et al. (2002), *International Relations within Indonesia's Hospital Sector*, OMS, Genève.
- 166 Williams, A. et Shaw, G. (1998), *Tourism Economic Development*, Wiley.
- Woodward, D., Drager N. et al. (2001), « Mondialisation et santé : un cadre pour l'analyse et l'action », *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9).
- World Bank (2003), *World Development Report 2004: Making Services Work for Poor People*, Washington DC.
- Zamora, J.A.C. (2000), *Investment in Health and Economic Growth: A Perspective from Latin America and the Caribbean*, XXXV Meeting of the Advisory Committee on Health Research, 17 - 19 juillet 2000, La Havane.

Publications

Les titres de la collection Notes et Documents
sont disponibles sur le site Internet de l'AFD

*All volumes of the Notes and Documents
series are available on line at:*

www.afd.fr, Publications

- N° 1 :** Compétitivité et mise à niveau des entreprises (2003)
- N° 2 :** Multinationales et développement : le rôle des politiques nationales (2003)
- N° 3 :** Lutte contre l'effet de serre : enjeux et débats (2003)
- N° 4 :** Comment financer durablement les aires protégées à Madagascar ? (2003)
- N° 5 :** Agriculture et commerce : quels enjeux pour l'aide au développement ? (2003)
- N° 6 :** Efficacité et allocation de l'aide : revue des débats (2004)
- N° 7 :** Qui mérite l'aide ? Égalité des chances *versus* sélectivité (2004)
- N° 8 :** Le Cambodge : de l'ère des quotas textiles au libre-échange (2004)
Life after Quotas: A Case Study of the Cambodian Textile Industry (2005)
- N° 9 :** La Turquie : panorama et répartition régionale du secteur productif (2004)
Turkey: Overview of the Economic Productive Sector and Regional Spread of the SMEs

- N° 10 :** *Poverty, Inequality and Growth, Proceedings of the AFD-EUDN Conference 2003* (2004)
- N° 11 :** *Foreign Direct Investment in Developing Countries: Leveraging the Role of Multinationals* (2004)
- N° 12 :** Libre-échange euro-méditerranéen : premier bilan au Maroc et en Tunisie (2005)
- N° 13 :** Les Mécanismes de financement de la formation professionnelle : une comparaison Europe – Afrique (2005)
Financing Vocational Training: a Europe-Africa Comparison (2005)
- N° 14 :** Les Mécanismes de la formation professionnelle : Algérie, Maroc, Tunisie, Sénégal (2005)
- N° 15 :** Les Mécanismes de la formation professionnelle : Allemagne, Espagne, France, Royaume-Uni (2005)
- N° 16 :** Le Textile-habillement tunisien et le défi de la libéralisation : quel rôle pour l'investissement direct étranger ? (2005)
- N° 17 :** Poulina, un management tunisien (2005)
- N° 18 :** Les programmes de mise à niveau des entreprises : Tunisie, Maroc, Sénégal (2005)
- N° 19 :** Analyser l'impact d'un projet de microfinance : l'exemple d'AdéFI à Madagascar (2005)
- N° 20 :** Précis de réglementation de la microfinance, tome I (2005)
- N° 21 :** Précis de réglementation de la microfinance, tome II (2005)
- N° 22 :** *Development Aid: Why and How? Towards Strategies for Effectiveness* (2005)

N° 23 : Libéralisation des services de télécommunication au Maghreb : transition institutionnelle et performances

N° 24 : Financer les investissements des villes des pays en développement

Qu'est-ce que l'AFD ?

L'Agence Française de Développement (AFD) est l'un des piliers du système français d'aide publique au développement (APD), conjointement avec le ministère des Affaires étrangères et le ministère des Finances (Trésor). Depuis sa création en 1941, elle contribue au développement de plus de 80 pays ainsi qu'à la promotion des territoires français d'outremer. En tant qu'institution financière, l'AFD soutient des projets économiques, sociaux et environnementaux, grâce un choix d'instruments allant de la subvention au prêt concessionnel ou aux conditions du marché. Son champ d'intervention couvre les projets productifs dans les domaines de l'agriculture, de l'industrie et des services, publics ou privés ; les infrastructures ; le développement urbain ; l'éducation ; la santé et l'environnement.

© Agence Française de Développement - 2005
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12
Tél. : 33 (1) 53 44 31 31 - Fax : 33 (1) 44 53 99 39 - www.afd.fr

Création et réalisation Vif Argent Communication - 92200

Imprimé en France par Ferréol (Lyon) - Décembre 2005
Dépôt légal : 4^e trimestre 2005