



FRANCE STRATÉGIE

ÉVALUER. ANTICIPER. DÉBATTRE. PROPOSER.

Quelle place pour la France sur le marché international des soins ?

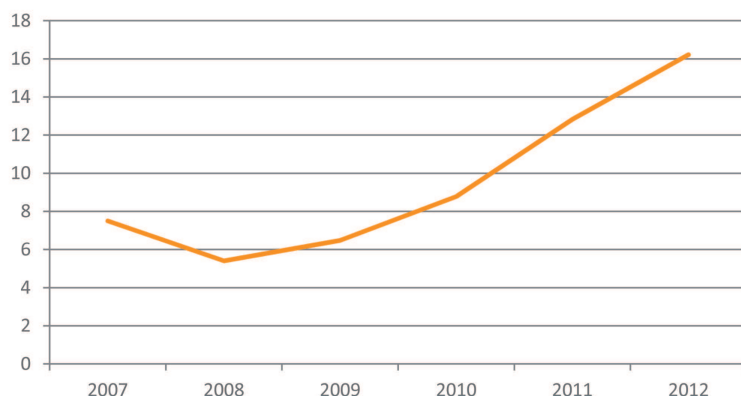
David Marguerit et Mathilde Reynaudi*

Le nombre de patients qui se rendent à l'étranger pour recevoir des soins aurait doublé en cinq ans, passant de 7,5 millions en 2007 à 16 millions en 2012. Ce marché mondial est aujourd'hui estimé à 60 milliards d'euros. De nombreux pays ont choisi d'investir dans le tourisme médical, les uns en misant sur le faible coût des soins prodigués (Thaïlande, Pologne), les autres sur leur qualité (États-Unis, Allemagne).

La France, qui ne manque pas d'atouts, peine à se positionner sur ce marché. Certaines craintes ne sont pas entièrement levées : peur d'une médecine à deux vitesses, d'un moindre accès aux soins, doute sur les bénéfices économiques réels. De fait, il faut se garder de voir dans cette source de financement une solution aux difficultés financières de certains établissements et aux diminutions de budgets. Les enjeux n'en paraissent pas moins conséquents : aux retombées économiques directes pour le secteur de la santé, le tourisme, l'industrie des sciences ou le BTP s'ajoutent les retombées indirectes liées à la stratégie d'influence française (accroissement des partenariats de recherche, prestige à l'international, etc.).

Développer le tourisme médical nécessiterait une stratégie nationale avec deux leviers complémentaires : la France doit à la fois organiser la venue de patients étrangers sur son territoire, de manière encadrée, et favoriser le rayonnement de son système de santé et la « projection » de ses compétences à l'étranger. Une telle stratégie devrait veiller à préserver les valeurs du système public de soins et servir à améliorer les prestations rendues aux assurés sociaux.

ESTIMATION MONDIALE DU NOMBRE DE TOURISTES MÉDICAUX (EN MILLIONS)



Sources : calculs des auteurs d'après Keckley P. H. et Underwood H. R. (2009), *Medical Tourism: Update and Implications*, Deloitte Center for Health Solutions, et Ehrbeck T., Guevara C. et Mango P. (2008), « Mapping the market for medical travel », *The McKinsey Quarterly*

* Département Société, institutions et politiques sociales.

Faisant suite au rapport *Quelle France dans dix ans ?*¹, cette note approfondit la réflexion sur l'internationalisation des soins considérée sous l'angle d'un possible élargissement du socle de compétitivité de la France. Elle s'interroge sur le développement du tourisme médical, ses raisons et l'importance du marché. Elle présente les atouts français et propose une stratégie pour ce secteur, qui protégerait les spécificités du système de soins public.

DES CONDITIONS FAVORABLES AU TOURISME MÉDICAL

L'accueil programmé de patients non résidents

Le terme de « tourisme médical » recouvre des réalités diverses, donnant lieu à plusieurs définitions. Une personne est un « touriste médical » si elle voyage pour recevoir des soins programmés. On considère ici que la notion englobe tant les soins dits de confort ou esthétiques, associés parfois à des visites touristiques, que les prises en charge pour pathologies lourdes. Assez largement accepté, ce terme est considéré en France comme peu adéquat – notamment pour les déplacements en cas de maladies rares ou graves –, car chargé d'une connotation négative. Cette définition a pourtant l'avantage d'exclure statistiquement les touristes pris en charge en urgence et les personnes étrangères résidant en France et recevant des soins.

Des soins de meilleure qualité, des délais raccourcis et des coûts plus faibles

Quatre motivations sont recensées pour se faire soigner à l'étranger². La première est l'accès à des techniques et technologies spécifiques, qui dépend du niveau d'équipement des établissements et de considérations juridiques, éthiques ou religieuses (techniques de procréation assistée, par exemple). Des flux de patients sont parfois organisés – comme les Réseaux européens de référence³ dans l'Union européenne (UE) – notamment pour mieux traiter les maladies rares.

Les patients recherchent aussi une meilleure qualité de soins. Le temps d'attente est un autre critère, car il varie fortement d'un pays à l'autre : il passe de 18 jours en Angleterre à 70 jours au Portugal pour une opération de la cataracte, par exemple⁴.

Enfin, le prix des soins facturés par les établissements (avant remboursement par les assureurs, publics ou privés) influence la décision de se faire soigner à l'étranger. Le prix des traitements en France est ainsi systématiquement inférieur à celui des États-Unis, avec un rapport d'environ 1 à 4, alors que la qualité est assez comparable (voir tableau). Même si l'on tient compte des frais liés au voyage (transport, logement durant la convalescence, etc.), certains pays possèdent un avantage comparatif important⁵.

PRIX DE TRAITEMENTS MÉDICAUX DANS DIFFÉRENTS PAYS EN 2011 (EN DOLLARS)

| | États-Unis | Inde | Thaïlande | Singapour | Mexique | Pologne | Royaume-Uni | France |
|------------------------------|------------|--------|-----------|-----------|---------|---------|-------------|--------|
| Pontage coronarien | 113 000 | 10 000 | 13 000 | 20 000 | 3 250 | 7 140 | 13 900 | 23 700 |
| Remplacement valve cardiaque | 150 000 | 9 500 | 11 000 | 13 000 | 18 000 | 9 520 | nd | 31 700 |
| Prothèse de hanche | 47 000 | 9 000 | 12 000 | 11 000 | 17 300 | 6 120 | 12 000 | 10 700 |
| By-pass gastrique | 35 000 | 11 000 | 15 000 | 20 000 | 8 000 | 11 069 | nd | 9 900 |
| Mastectomie | 17 000 | 7 500 | 9 000 | 12 400 | 7 500 | nd | nd | 5 600 |
| Implants mammaires | 6 000 | 2 200 | 2 600 | 8 000 | 2 500 | 5 243 | 4 350 | nd |
| Implants dentaires | 1 188 | 1 100 | 1 429 | 1 500 | 950 | 953 | 1 600 | nd |

Note de lecture : pour la France, nous avons appliqué une surtarification de 30 %, ce qui semble la norme dans les hôpitaux publics prestigieux de Paris pour les patients non résidents.
Source : Lunt N. *et al.* (2011) ; pour la France, données de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), « Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs (campagne tarifaire 2014) »

- France Stratégie (2014), *Quelle France dans dix ans ? Les chantiers de la décennie*, rapport remis au président de la République, juin.
- Ehrbeck T., Guevara C. et Mango P. (2008), « Mapping the market for medical travel », *The McKinsey Quarterly*, mai : <http://cureandcareindia.com/writereaddata/McKinsey-9547270771.pdf>.
- Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.
- Viberg N., Forsberg B., Borowitz M. et Molin R. (2013), « International comparison of waiting times in health care – Limitations and prospects », *Health Policy*, vol. 113, p. 53-61.
- Lunt N., Smith R. *et al.* (2011), *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health Systems Implications: A Scoping Review*, OCDE.



Un environnement favorable

Le tourisme médical s'inscrit dans un contexte de hausse du tourisme, favorisée par la baisse du coût des transports (550 millions de touristes en 1995 contre 1 milliard en 2012⁶). L'amélioration du niveau de vie dans les pays émergents et en développement s'est traduite par l'apparition d'une classe moyenne disposant des ressources pour voyager et recevoir des soins de qualité, auxquels elle n'a pas toujours accès dans son pays d'origine.

L'essor du tourisme médical s'explique aussi par l'évolution des règles concernant la couverture des soins – règles qui tendent à élargir la prise en charge entre États (encadré 1). Certains assureurs privés proposent en outre des contrats offrant une prise en charge plus importante aux patients qui acceptent de se faire soigner à l'étranger, car le coût pour l'assureur comme le reste à charge pour le patient s'en trouvent réduits⁷.

ENCADRÉ 1. ACCORDS DE SOINS ENTRE PAYS

Au sein de l'Union européenne, les patients peuvent bénéficier d'un remboursement de soins programmés dans un autre État membre que leur État d'affiliation⁸. Ce remboursement correspond au montant qui aurait été remboursé par le système de sécurité sociale obligatoire du pays des patients. Certains soins demeurent soumis à une autorisation préalable en cas de séjour à l'hôpital pour au moins une nuit ou de prise en charge impliquant des équipements lourds (IRM, etc.).

Au-delà de l'UE, la France a signé des conventions bilatérales de sécurité sociale avec 41 pays. Celles-ci permettent d'organiser une couverture sociale par le pays d'origine des personnes en mobilité. Les tarifs sont négociés entre pays et toute intervention nécessite l'accord préalable de l'institution d'affiliation.

Le tourisme médical vers les pays en développement est aussi porté par une hausse notable de la qualité des soins. Les technologies de pointe et le savoir médical se diffusent via l'internationalisation de l'enseignement supérieur⁹ qui permet aux médecins de se former à l'étranger et de revenir exercer dans leur pays d'origine. De plus, certains hôpitaux ont passé des accords avec les établissements les plus prestigieux à l'échelle internationale pour la formation continue de leurs équipes.

Enfin, le développement d'internet et d'agences spécialisées donne accès à un grand nombre d'informations et facilite les démarches administratives. Chacun peut ainsi

comparer les prix, connaître les opinions de patients ou programmer une opération depuis chez soi. Cependant, ces sites, parfois gérés par des établissements commerciaux, sont rarement certifiés et ne garantissent pas toujours la protection des données médicales.

FLUX DE PATIENTS ET ÉTAT DU MARCHÉ MONDIAL DES SOINS

Deux types de flux : le moindre coût ou la qualité

Il existe deux types de flux, qui déterminent en partie les stratégies nationales (encadré 2). Le premier va des pays développés vers ceux au niveau de vie moins élevé, car les soins peuvent y être de bonne qualité et substantiellement moins chers. Le choix des patients se porte alors sur l'Amérique du Sud (Mexique, Costa Rica, Colombie, Argentine, Brésil), l'Asie (Inde, Thaïlande, Singapour), l'Europe de l'Est (Hongrie, Pologne) ou la Turquie. Il se cristallise selon la proximité, la pathologie, les affinités culturelles et les prix. Le second flux concerne les classes aisées ou moyennes des pays en développement, émergents et pétroliers (par exemple de la péninsule arabe) qui souhaitent une meilleure qualité de soins.

ENCADRÉ 2. EXEMPLES DE STRATÉGIES NATIONALES EN MATIÈRE DE TOURISME MÉDICAL

En jouant sur sa compétitivité-prix, l'Inde est devenue l'une des premières destinations dans ce secteur. Elle a créé un visa dit de « catégorie M », dédié au tourisme médical, qui facilite l'entrée sur le territoire des patients et de leurs accompagnateurs. Ce visa permet aux offreurs de soins de bénéficier d'une réduction d'impôt pouvant entraîner une baisse des coûts. Le pays dispose d'autres atouts : une large partie du personnel a reçu une formation de qualité à l'étranger et parle anglais. Enfin, l'Inde mise sur la télémédecine, qui pourrait à l'avenir jouer un rôle important, tant pour soigner que pour interpréter les examens médicaux.

Au sein de l'UE, la Hongrie et la Pologne tirent profit du marché communautaire en pratiquant des prix bas. De plus en plus de patients de l'Europe de l'ouest vont chercher au sud ou à l'est de l'UE des soins mal couverts par leurs assurances nationales (le dentaire en particulier). Ces mouvements, accrus par la conjoncture économique, sont encouragés par certains États membres. Le gouvernement polonais a ainsi créé une Chambre du commerce du tourisme médical.

6. Banque mondiale (2014), « Tourisme international, nombre d'arrivées », *Indicateurs du développement dans le monde*, juillet.

7. Aux États-Unis, certains assureurs couvrent désormais les soins à l'étranger car ils reviennent moins cher que sur le sol américain : c'est le cas de Blue Cross Blue Shield, de Companion Healthcare ou encore de Wellpoint qui a lancé le premier contrat collectif pour des soins en Inde. Voir Khelifa A. (2013), *Mondialisation des soins et tourisme médical*, Institut du Montparnasse.

8. Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers.

9. France Stratégie (2015), *Investir dans l'internationalisation de l'enseignement supérieur*, Nicolas Charles et Quentin Delpech, janvier.

Un marché mondial en pleine croissance

La multiplicité des définitions et l'absence de statistiques rendent difficile l'estimation du marché mondial. Deux grandes études, critiquables en raison de l'étroitesse des échantillons retenus, sont utilisées. La première, qui émane du cabinet de conseil Deloitte, estimait qu'en 2007 près de 750 000 Américains s'étaient rendus à l'étranger pour un traitement médical et projetait que ce nombre atteindrait 1,6 million en 2012¹⁰. Si on considère que les États-Unis représentent 10 % du tourisme médical mondial¹¹, le nombre de touristes médicaux s'élèverait à 16 millions en 2012. Contestable en raison des hypothèses de croissance optimistes retenues¹², cette étude fournirait une estimation haute des flux considérés.

Réalisée par le cabinet de conseil McKinsey, la seconde étude¹³ s'appuie sur une définition plus restrictive et a été menée seulement auprès d'établissements accrédités par la Joint Commission International¹⁴. En excluant les urgences, les soins de confort ou transfrontaliers, elle évaluait entre 60 000 et 85 000 le nombre de touristes médicaux en 2008. Vivement critiquée, cette source semble sous-estimer le niveau réel du tourisme médical¹⁵ : la Thaïlande à elle seule aurait accueilli 420 000 touristes médicaux en 2007¹⁶.

Devant la fragilité de ces études, nous avons estimé le marché à partir du nombre annuel et mondial d'interventions chirurgicales en hôpital, soit 234,2 millions en 2004¹⁷. Si on considère qu'environ 3 % des assurés sociaux se sont rendus à l'étranger pour des soins¹⁸, le nombre de « touristes médicaux » pour la chirurgie serait de 7 millions par an.

D'après la dernière estimation disponible, déjà ancienne, le marché mondial s'élèverait à 60 milliards de dollars et devrait connaître une croissance annuelle d'environ 20 %¹⁹.

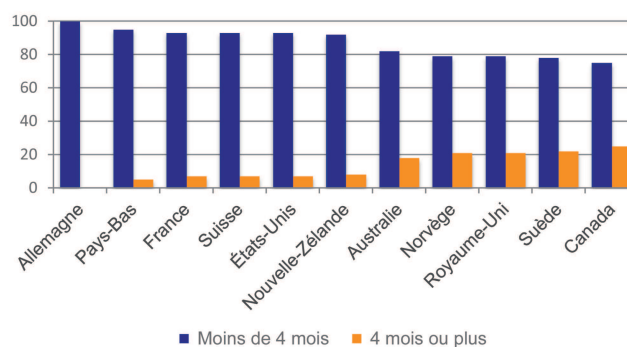
POUR LA FRANCE, UN MARCHÉ POTENTIEL ENCORE SOUS-EXPLOITÉ

Un système de santé de qualité, un environnement favorable

La France possède plusieurs atouts convaincants pour jouer un rôle majeur sur le marché international. Elle prodigue des soins de qualité et dispose de techniques de pointe et de professionnels reconnus. En 2000, le classement de l'Organisation mondiale de la santé²⁰ positionnait la France comme le meilleur système au monde, ce qui a conforté sa réputation sur le long terme. Certains services, comme l'Institut Gustave-Roussy pour le traitement contre le cancer, sont auréolés d'une renommée mondiale.

Le temps d'attente pour l'accès aux soins est assez court : il est inférieur à quatre mois pour 93 % des opérations chirurgicales programmées, ce qui place la France au 3^e rang parmi les onze pays de l'enquête du Commonwealth Fund (voir graphique). Par ailleurs, les tarifs appliqués en France sont compétitifs par rapport aux pays offrant une qualité de soins similaire, comme les États-Unis (voir *supra*).

TEMPS D'ATTENTE POUR UNE OPÉRATION PROGRAMMÉE EN 2010 (EN POURCENTAGE)



Source : enquêtes internationales sur les politiques de santé du Commonwealth Fund

10. Keckley P. H. et Underwood H. R. (2009), *Medical Tourism: Update and Implications*, Deloitte Center for Health Solutions.
11. Ehrbeck T., Guevara C. et Mango P. (2008), *op. cit.*
12. Le nombre de touristes médicaux aurait diminué de 20 % en 2007 et de 10 % en 2008, avant d'augmenter de 20 % en 2009 puis de 35 % annuellement jusqu'en 2012.
13. Ehrbeck T., Guevara C. et Mango P. (2008), *op. cit.*
14. Fondée en 1998 par la Joint Commission, agence d'accréditation des structures médicales américaines, la Joint Commission International (JCI) fournit l'accréditation internationale la plus connue pour les hôpitaux, structures de soins primaires ou de longue durée. Renouvelable tous les trois ans, cette accréditation coûte environ 33 000 euros. En 2014, plus de 640 structures en bénéficient dans 59 pays. Voir le site www.jointcommissioninternational.org.
15. Youngman I. (2009), « Medical tourism statistics: Why McKinsey has got it wrong », *International Medical Travel Journal*.
16. NaRanong A. et NaRanong V. (2011), « The effects of medical tourism: Thailand's experience », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 89, p. 336-344.
17. Weiser T. *et al.* (2008), « An estimation of the global volume of surgery: A modelling strategy based on available data », *The Lancet*, vol. 372, p. 139-144. Est retenue comme opération chirurgicale toute intervention se déroulant dans une salle d'opération d'un hôpital impliquant l'incision, l'excision, la manipulation ou la suture de tissu et nécessitant habituellement une anesthésie ou une sédation régionale ou générale.
18. Deloitte Center for Health Solutions (2011), *Survey of Health Care Consumers: Global Report*.
19. MacReady N. (2007), « Developing countries court medical tourists », *The Lancet*, vol. 369, n° 9576, p. 1849-1850, cité par Deloitte (2011).
20. OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant*, Genève.



Au-delà de la prise en charge dans ses hôpitaux, la France offre des compétences multiples : expertise en santé publique, en gouvernance, en gestion des risques, en épidémiologie, en architecture hospitalière, etc. Ces compétences sont prisées à l'étranger²¹, notamment dans les pays qui souhaitent mettre sur pied un système de soins performant, s'inspirant soit d'une structure hospitalière précise soit du modèle d'accès universel aux soins.

Habitée aux missions d'assistance technique à l'étranger, la France possède aussi des réseaux internationaux importants en santé. Ses hôpitaux ont noué de nombreux partenariats et peuvent s'enorgueillir d'une bonne réputation. Ces réseaux sont indispensables pour se faire adresser des patients et obtenir des appels d'offres.

Enfin, la France est le premier pays touristique au monde et elle est mieux située géographiquement que certains de ses concurrents. Par exemple, depuis Doha, il faut 6 heures de vol pour rallier Paris, contre 12 heures pour New York. En outre, la France est riche en sites touristiques et en infrastructures hôtelières de qualité, avec de nombreuses possibilités de vacances bien-être (spa, thalassothérapie, etc.).

Un marché sous-exploité

Au regard des motivations du tourisme médical évoquées plus haut, la France apparaît bien classée sur l'ensemble des critères. Ses établissements de soins pourraient donc attirer une forte proportion des patients aujourd'hui opérés à l'étranger (environ 7 millions de personnes annuellement selon nos estimations).

Il n'existe pas de statistiques fiables sur le nombre de patients non résidents accueillis en France. Il n'est pas possible d'identifier ces patients dans la base de données *Programme de médicalisation des systèmes d'information* (PMSI) car la provenance géographique n'est pas bien renseignée, en raison d'une codification complexe. Simplifier la codification dans le dossier médical serait une avancée pour le suivi du tourisme médical.

Des indications peuvent cependant être obtenues directement auprès des hôpitaux ou du Centre des liaisons euro-

péennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS)²². L'AP-HP²³ reçoit environ 5 400 patients non résidents par an pour des opérations programmées, soit moins de 0,6 % du total des séjours (1 million par an). Parmi eux, 2 300 (42 %) sont issus de pays n'ayant pas signé de convention de sécurité sociale avec la France : Arabie saoudite pour 85 % des cas, Koweït pour 10 % et reste du monde 5 %. L'Hôpital américain de Paris²⁴ et l'Institut Gustave-Roussy sont sans doute les établissements qui accueillent le plus de touristes médicaux. Pour le premier, 25 % de la patientèle est constituée de non-résidents contre 5 % à 7 % pour le second. Il existe donc d'importantes disparités et estimer le nombre de touristes médicaux par cette méthode supposerait de connaître la situation de tous les hôpitaux.

L'autre méthode d'estimation consiste à regarder les données CLEISS. Selon cette source, le nombre de patients non résidents se rendant en France pour recevoir des soins programmés et issus de pays ayant des accords avec la sécurité sociale française s'élevait à 5 200 en 2013²⁵. À partir de ce chiffre, il est possible d'estimer le nombre de touristes médicaux à 8 900²⁶, soit moins de 0,1 % du nombre de patients admis en médecine, chirurgie ou obstétrique. Ce chiffre apparaît très faible au regard du potentiel.

OPTER POUR UNE STRATÉGIE GLOBALE FAVORABLE À L'INTERNATIONALISATION DES SOINS

Ayant fait de la santé un des quatre secteurs d'avenir pour l'essor des exportations françaises, le gouvernement souhaite ouvrir la possibilité à certains hôpitaux de créer des filiales pour mieux valoriser leur expertise à l'international et dans le champ de l'innovation. Dans ce contexte, il convient de doter notre pays d'une stratégie pour promouvoir la « qualité santé France » à l'étranger. En effet, les compétences sanitaires de notre pays sont encore peu valorisées, et on observe davantage de stratégies isolées de la part des acteurs que l'esquisse d'une politique nationale.

21. Voir notamment les rapports de Stéphane Mantion (2011), *Action internationale en santé et en protection sociale : propositions pour une influence française*, et Patrick Mordelet (2008), *L'organisation et le financement des activités de coopération internationale des hôpitaux dans le cadre de la tarification à l'activité*.

22. Le CLEISS procède au contrôle et au règlement des créances et des dettes représentant les frais afférents aux soins de santé reçus par des Français dans les pays étrangers qui ont passé des accords avec la sécurité sociale française, et inversement.

23. Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

24. L'accueil historique de patients non résidents à l'Hôpital américain explique que cet établissement soit une exception.

25. CLEISS (2014), « État des lieux des soins de santé en 2013 », *Décryptage*, n° 17.

26. D'après l'AP-HP, 58 % des patients non résidents proviennent de pays dont la sécurité sociale nationale a un accord avec la sécurité sociale française. Si l'on applique cette répartition aux données CLEISS qui couvrent la totalité du territoire national, il est possible d'estimer le nombre total de non-résidents soignés en France à 8 900.

Compte tenu des qualités réelles et perçues du système de soins français, répondre à la demande mondiale – par l'accueil en France de patients étrangers, à condition de protéger le secteur public de soins, ou en exportant un savoir-faire et des services – peut être pour le pays une source de revenus et d'emplois dans les domaines de la santé, de l'hôtellerie et de la restauration. Cela aurait également des effets favorables sur la recherche, sur l'amélioration de certaines techniques de pointe (qui seraient plus utilisées) et donc *in fine* sur le service rendu aux patients résidant en France. Cette nouvelle source de financement ne devra pas justifier une baisse de l'investissement public.

Prendre en compte les difficultés liées à l'accueil de patients non résidents

Les Français considèrent la santé comme un bien non commercial. L'accueil de patients non résidents suscite dans l'opinion certaines réticences dont la crainte d'un système à double vitesse, venant fragiliser l'égal accès aux soins, et une dénaturation du service public. Toute stratégie en matière de tourisme médical devra respecter cette préférence collective.

L'application de tarifs spécifiques aux patients non résidents et la répartition des recettes posent également problème. Une première étape a été franchie avec l'article L174-20 de la loi du 21 décembre 2011 permettant de majorer les tarifs pour les patients venant de pays sans convention de sécurité sociale avec la France²⁷. Depuis, les tarifs à destination des patients non résidents seraient supérieurs de 30 % à 40 % aux tarifs de sécurité sociale, auxquels s'ajoute la facturation des molécules coûteuses pour l'assurance maladie. Cette tarification semble plutôt faible au regard du bon positionnement de la France en termes de compétitivité-prix. De plus, les recettes sont pour l'instant conservées par les établissements accueillant ces patients, ce qui peut accroître les disparités entre les hôpitaux attractifs (neufs, parisiens, dotés en chambres individuelles, etc.) et les autres, alors qu'une péréquation pourrait être envisagée.

Une autre difficulté concerne le cadre juridique : l'interdiction faite aux hôpitaux français de pratiquer une activité commerciale peut entraver leur développement sur le marché international. L'article 42 du projet de loi pour la croissance et l'activité, qui propose d'autoriser certains hôpitaux à créer des filiales et à prendre des participations dans des sociétés afin de valoriser leur expertise à l'international, devrait permettre de lever cet obstacle réglementaire.

Allier l'accueil encadré de patients non résidents et la vente de services

Si la France veut attirer des patients étrangers tout en préservant les valeurs de son système de soins, deux stratégies complémentaires doivent être adoptées : accueillir des patients non résidents de manière encadrée et vendre certains services.

Le développement du tourisme médical suppose d'organiser une partie de l'hôpital pour répondre à l'attente des patients non résidents, tout en conservant le principe d'égalité dans l'accès aux soins et la qualité des traitements. Pour ne pas augmenter les délais de prise en charge, les hôpitaux doivent avoir des lits disponibles, ce qui suppose que ces derniers soient mieux recensés (sur l'ensemble du territoire, et pas uniquement dans certains hôpitaux prestigieux de la capitale) et qu'ils ne soient plus perçus comme des surcapacités justifiant une réduction de l'offre. Il conviendra également de ne pas miser sur des services déjà engorgés. Ainsi conçue, une telle stratégie peut contribuer à maintenir une meilleure couverture du territoire en offre de soins.

Les droits et les devoirs de chacun pourraient être clarifiés par une charte. À l'Institut Gustave-Roussy, un patient non résident doit suivre une consultation d'éducation médicale avant tout traitement. Les médecins le mettent en garde sur l'impossibilité de bénéficier d'un traitement de faveur ou prioritaire. Le patient est libre de poursuivre ou non le processus.

Concernant les missions hospitalières qui relèvent de l'aide au développement, les hôpitaux doivent continuer d'accueillir à prix réduits les patients modestes venant de pays pauvres où certains traitements ne sont pas disponibles.

En outre, pour ne pas creuser les écarts entre structures publiques et garantir l'acquisition de parts de marché, les hôpitaux français doivent agir de manière concertée. Il faut organiser la vitrine des compétences à l'étranger et mettre en avant certaines spécificités hospitalières. Il peut être intéressant de miser sur quelques pathologies bien prises en charge dans certains établissements qui seraient « fléchés » comme centres de référence, à l'image de ce que pratique la Belgique (encadré 3). Enfin, pour faire profiter l'ensemble du système de soins et des assurés des recettes tirées de ces activités, celles-ci devraient être réparties entre l'hôpital qui a pris en charge le

27. Avant l'adoption de l'article L174-20, les hôpitaux publics appliquaient les mêmes tarifs à l'ensemble des patients, résidents ou non.



patient, afin de créer une incitation à participer à ce marché, et des hôpitaux moins dotés (en chambres individuelles, en ressources humaines).

ENCADRÉ 3. LA BELGIQUE, ENTRE SOINS TRANSFRONTALIERS ET ATTRAIT DES EXTRA-COMMUNAUTAIRES

En Belgique, le nombre de patients non résidents croît et représente 1,5 % des admissions à l'hôpital²⁸. Ces patients proviennent d'abord des Pays-Bas, et évitent ainsi de longues attentes dans leur pays, dans le cadre d'accords entre les hôpitaux belges et des assurances néerlandaises. En 2007, plusieurs hôpitaux publics et privés se sont regroupés pour fonder l'agence « Healthcarebelgium », vitrine des soins belges à l'étranger, en particulier hors d'Europe. Les hôpitaux y sont classés par spécialisation et ne sont pas tous en concurrence sur les mêmes secteurs²⁹. En 2011, l'État belge a créé l'Observatoire de la mobilité des patients, qui doit rendre annuellement un rapport sur l'évolution et l'impact des flux de patients non résidents sur le système de soins³⁰.

Pour garantir des soins de qualité et faire face à la concurrence, la prestation ne doit pas se limiter à l'acte technique (encadré 4). S'ils le souhaitent, les hôpitaux doivent pouvoir répondre à des demandes de devis dans des délais serrés, gérer la préparation du séjour (visas, transport, etc.) et suivre les patients avant et après l'acte médical (services de traduction, suivi post-opératoire, etc.).

ENCADRÉ 4. LES PRESTATIONS Tournées VERS L'INTERNATIONAL DES HÔPITAUX ALLEMANDS

Près de 200 000 patients étrangers fréquentent les structures de soins allemandes chaque année³¹. Ils viennent des pays européens voisins, des États du Golfe, des États-Unis et de Russie. Ils ne représentent que 0,5 % des patients pris en charge (contre 1,7 % en Autriche ou 3 % en Suisse), mais ce marché de niche a un fort potentiel et est déjà lucratif³². Dotés de sites internet en anglais, en russe et en arabe, 10 % des hôpitaux allemands proposent des aides pour les formalités administratives, l'obtention d'un visa, des chaînes de télévision en langue natale, les services d'un interprète, etc. Dans le sillage des cliniques privées, les hôpitaux publics se sont lancés dans la compétition. Le CHU de Heidelberg dispose par exemple d'un site dédié aux patients étrangers et d'un bureau international au sein de l'établissement.

Il ne suffit pas de se doter d'un service d'accueil au sein de l'hôpital pour s'assurer une place sur le marché international, car la captation des flux de patients passe en grande partie par la « présence » des hôpitaux hors des frontières. Elle n'est d'ailleurs pas la principale source de revenu internationale à mieux exploiter.

Favoriser le développement de l'activité médicale et de conseil à l'étranger

La France aurait intérêt à porter plus fermement, par la coopération diplomatique et administrative, les valeurs et le modèle même de son système de soins et de son assurance maladie publique. Nombreux sont les « États émergents » (Chine, Brésil, etc.) qui cherchent à mettre sur pied des systèmes de soins plus accessibles et efficaces. La France possède le savoir-faire (organisation des soins, droits des patients, etc.) pour répondre à certaines demandes de ces puissances économiques.

Cette stratégie de développement pourrait aussi reposer sur :

- la création d'une accréditation « Santé France » à l'image de celle de la Joint Commission International. Pour l'heure, seule une petite structure, « France Accréditation », promeut les référentiels français et accrédite les structures en adéquation avec les normes françaises ;
- des programmes de formation courts et pointus destinés aux professionnels de santé étrangers ;
- une offre de deuxième avis médical (recherché par les patients ou par le corps médical, en cas de difficultés diagnostiques ou thérapeutiques).

Dans le respect de leur cœur de métier, le soin aux assurés sociaux devant rester la priorité, les établissements français pourraient aussi être accompagnés pour labelliser ou commercialiser certains services à l'étranger.

De premières expériences de prestation de services à l'étranger existent : l'AP-HP a ainsi passé une convention d'expertise médicale, scientifique et administrative avec la municipalité de Pékin, et remporté l'appel d'offres pour la construction d'un hôpital à Constantine en Algérie (aide au projet médical, conseil de gestion, etc.)³³. L'Institut de recherche contre les cancers de l'appareil digestif a aussi labellisé deux structures, à Taïwan et au Brésil. L'Institut

28. www.health.belgium.be/filestore/19087195/rapport%20annuel_2012.pdf.

29. À l'heure actuelle, les données sur la rentabilité de cette stratégie ne sont pas disponibles.

30. Observatoire de la mobilité des patients (2014), *Rapport annuel*, Bruxelles.

31. À l'inverse, environ 300 000 Allemands vont se faire soigner à l'étranger, surtout pour des soins dentaires ou des interventions esthétiques du type implants capillaires.

32. D'après l'Institut Hochschule Bonn-Rhein-Sieg, www.fb01.h-brs.de/medizintourismus.html.

33. L'appel d'offres pour l'hôpital de Constantine a été remporté par un consortium comprenant l'AP-HP, Bouygues International et Vamed Engineering.

Gustave-Roussy a signé en 2013 un accord avec l'Hôpital universitaire de Sharjah (Émirats arabes unis) pour y créer une Unité Cancer du sein labellisée « Gustave-Roussy »³⁴, et a lancé un projet au Kazakhstan.

Ces initiatives doivent être encouragées, et s'accompagner de l'envoi de médecins, de personnel soignant et administratif français dans les hôpitaux concernés pour garantir l'excellence des soins dispensés et renforcer les liens entre les hôpitaux. Certains établissements américains livrent ainsi des hôpitaux « clés en main » : les procédures de gestion administrative, de management et de sécurité sanitaire mises en place sont celles de l'hôpital américain et les professionnels de santé suivent une formation aux États-Unis.

Miser sur le tourisme du bien-être dans les régions

Au-delà des questions purement médicales et à l'image de ce que commence à mettre en place Atout France³⁵, il faut davantage miser sur le « tourisme de santé ». Destination très attractive pour les touristes, la France dispose de villes d'eaux, de spas et d'infrastructures hôtelières développées. Elle doit promouvoir ses régions comme destinations de bien-être et de détente sous le prisme de la santé, d'autant que ce secteur ne risque pas de déstabiliser

le système public de soins. Il y a là une filière appelée à devenir attractive, avec le vieillissement, les maladies chroniques, les problèmes de santé liés au stress et la volonté croissante de prévenir les maladies.

CONCLUSION

Le marché du tourisme médical est en plein essor³⁶. La France pourrait en tirer plus d'avantages, y compris au bénéfice des assurés sociaux français.

Si elle voulait miser davantage sur l'exportation de son système de santé, il lui faudrait adopter une stratégie mêlant attraction de patients étrangers, sur tout le territoire, et prestations connexes (conseil, labellisation, formation, etc.). Une coopération nationale entre les secteurs de la santé et du tourisme et les collectivités locales pourrait aussi attirer les « touristes du bien-être ».

Le tourisme médical n'est toutefois pas une solution miracle pour le financement du système de santé et ne doit pas servir de dispense à un débat plus large sur le renforcement du volet « santé » de l'État providence français³⁷.

Mots clés :
tourisme médical, patient non résident, santé, accréditation, labellisation.

34. www.gustaveroussy.fr/fr/newsletter/km_145-1366281107.

35. Voir Atout France (2010), « Stratégie Destination France 2010-2020 et Plan Marketing 2010-2015 », ainsi que le cluster Tourisme et Bien-être d'Atout France.

36. Kervasdoué (de) J. (2014), *Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers*, rapport remis au ministre des Affaires étrangères et au ministre des Affaires sociales et de la Santé, mars 2015.

37. Remerciements : Michel Drouet (ancien directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bourgogne), Florence Veber et Jérôme Pieuchard (Assistance publique-Hôpitaux de Paris), Jean de Kervasdoué (Conservatoire national des arts et métiers), David Sourdivé (Collectis), Christina Brink et Claudia Gilles (Deutscher Tourismusverband e.V.), Anne Inizan, Hélène Frangie et Fadi Hajar (FAME), Pascal Garel et Yves Gaubert (Fédération hospitalière de France), André Guinet, Jean-Marie Desmonts et Francis Bailly (Hôpital américain de Paris), Serge Bonnetier et Charles Guépratte (Institut Gustave-Roussy) et Jean-Michel Gayraud (Institut mutualiste Montsouris).

La Note d'analyse est publiée sous la responsabilité éditoriale du commissaire général à la stratégie et à la prospective. Les opinions exprimées engagent leurs auteurs.

Directeur de la publication : Jean Pisani-Ferry, commissaire général ; directrice de la rédaction : Selma Mahfouz, commissaire générale adjointe ; secrétaires de rédaction : Olivier de Broca, Sylvie Chasseloup ; impression : Commissariat général à la stratégie et à la prospective ; dépôt légal : mars 2015 - N° ISSN 1760-5733 ; contact presse : Jean-Michel Roullé, responsable du service Édition-Communication, 01 42 75 61 37, jean-michel.roulle@strategie.gouv.fr

RETROUVEZ LES DERNIÈRES ACTUALITÉS DE FRANCE STRATÉGIE SUR :



www.strategie.gouv.fr



CommissariatStrategieProspective



@Strategie_Gouv



France Stratégie est un organisme de concertation et de réflexion, son rôle est de proposer une vision stratégique pour la France, en expertisant les grands choix qui s'offrent au pays. Son action repose sur quatre métiers : évaluer les politiques publiques ; anticiper les mutations à venir dans les domaines économiques, sociétaux ou techniques ; débattre avec tous les acteurs pour enrichir l'analyse ; proposer des recommandations au gouvernement. France Stratégie joue la carte de la transversalité, en animant un réseau de huit organismes aux compétences spécialisées.